Domenico Cosenza

LA COMIDA Y EL INCONSCIENTE

Psicoanálisis y trastornos alimentarios

NED ediciones

La comida y el inconsciente

Domenico Cosenza

LA COMIDA Y EL INCONSCIENTE

Psicoanálisis y trastornos alimentarios

NED ediciones

Título original en italiano: Il cibo e l'inconscio
© 2018 Domenico Cosenza
Director de la colección: Enric Berenguer

© De la traducción: Juan Carlos Gentile Vitale
Corrección: Marta Beltrán Bahón
© De la imagen de cubierta: Andrés Guido Pérez
http://aguidoperez.wixsite.com/pinturas

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© De esta edición: Nuevos Emprendimientos Editoriales, 2019

Preimpresión: Editor Service, S.L.
http://www.editorservice.net

eISBN: 978-84-16737-55-0

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del copyright está prohibida al amparo de la legislación vigente.

Ned Ediciones
http://www.nedediciones.com

Índice

Prólogo a la edición castellana
Enric Berenguer
Prólogo a la edición italiana
Antonio Di Ciaccia
Introducción
Domenico Cosenza

Primera parte
Síntomas de la civilización contemporánea

1. Angustia y dependencias en la clínica actual
2. Anorexia-bulimia, patología de la comensalidad. Psicoanálisis aplicado y discurso alimentario
3. Los vínculos familiares en la clínica de las patologías alimentarias
4. Las nuevas formas del síntoma: potencialidad y límites de un paradigma psicopatológico

Segunda parte
La comida como solución excesiva

5. La obesidad en las nuevas formas del síntoma
6. La solución bulímica: entre frustración de la demanda de amor y empuje al goce

Tercera parte
El núcleo estructural de la anorexia

7. La anorexia en la última enseñanza de Lacan
8. El higienismo anoréxico
9. El objeto *nada* en la clínica lacaniana de la anorexia
10. El silencio y la voz en la anorexia mental
11. El rechazo y su manejo en la cura analítica de la anorexia

Cuarta parte
La anorexia en la infancia y en la adolescencia

12. La enseñanza de la anorexia infantil
13. Adolescencia contemporánea y cuestión anoréxica
14. Clínica diferencial de la anorexia de la joven

Conclusiones.
De las nuevas formas del síntoma a las patologías del exceso

Bibliografía

Prólogo a la edición castellana

Enric Berenguer

Este libro de Domenico Cosenza constituye una verdadera investigación en el sentido psicoanalítico del término. Reúne muchos años de trabajo de elucidación, en los que la teoría psicoanalítica es puesta a prueba por la clínica de un modo particularmente fecundo. Por un lado, los conceptos por así decir clásicos del psicoanálisis son puestos en tensión con formas del síntoma que parecen desafiar sus límites. Pero, por otra parte, algunas tesis que se han forjado para tratar de dar cuenta de estas manifestaciones contemporáneas del malestar son también objeto de una lectura crítica.

El resultado es una aportación sumamente valiosa, que podemos contraponer a otras tentativas actuales, en las que bajo el sintagma de las «nuevas formas del síntoma» se corre el riesgo de perder toda especificidad. En efecto, hay que ser sumamente cautelosos a la hora de aplicar una serie de tesis con las que tratamos de describir lo específico de nuestra contemporaneidad a la descripción —en lo que esto supone ante todo de lectura— de los síntomas concretos que aparecen en un caso dado.

No se trata tan sólo de dar el salto, siempre necesario, desde afirmaciones generales sobre las nuevas formas del síntoma, hasta la singularidad de cada caso. El acceso a la singularidad está cerrado sin pasar previamente por las particularidades y las complejidades de cada forma del síntoma, que abren avenidas concretas en las condiciones de estructura válidas para todo ser de palabra. Para situar el recorrido único de cada *parlêtre* en dichas avenidas, el conocimiento del mapa con sus coordenadas precisas es imprescindible, no basta con generalidades.

De ahí que Domenico Cosenza no se limite a afirmaciones genéricas, como las que a menudo se extraen de fórmulas muy condensadas de Lacan, sino que presta atención a toda una serie de detalles que permiten, no sólo captar la dinámica precisa de los síntomas alimentarios en los marcos respectivos de la neurosis y la psicosis, sino también dar el valor adecuado a distinciones clínicas que permiten discriminar modos diversos de acción de la estructura. Esto posibilita, por ejemplo, establecer diferencias significativas en las patologías ligadas a la obesidad. Diferencias que han sido a veces reseñadas en manuales de

psicopatología, pero de las cuales Cosenza consigue encontrar un fundamento propiamente psicoanalítico.

En patologías como las alimentarias, que parecen tan hechas a medida de un paradigma de la adicción generalizada y que parecen traducir en la clínica afirmaciones generales sobre la época, como la inexistencia del Otro o la primacía del goce del Uno desconectado del vínculo social, estas distinciones son imprescindibles y urgentes. Se trata de disponer de elementos para leer el síntoma con el mayor detalle, precisamente cuando éste parece disfrazarse con los ropajes más genéricos de la época. Es entonces cuando vemos que las formas más diversas del rechazo del Otro no lo hacen consistir menos, aunque sea de forma velada, y que de la vigencia de distinciones como la del deseo y la demanda sigue dependiendo que se den las condiciones efectivas para una clínica bajo transferencia.

Finalmente, lo que este libro de Cosenza demuestra con creces es que una clínica que tenga en cuenta la dimensión del *Uno solo* es incompatible, más que ninguna otra, con la simplificación. Aunque sólo sea porque la dimensión del Uno que se impone en lo social y que puede formar parte del dialecto de los síntomas, en lo que éstos toman del discurso común, no hace más que disimular, incluso confundir, el Uno propio de la modalidad de goce que concierne a cada *parlêtre*.

La clínica del exceso de goce (ya sea éste abordado por su anverso en la obesidad o por su reverso en la anorexia) adquiere un relieve particular en el mundo contemporáneo, pero es preciso disponer de elementos teóricos adecuados para no quedar atrapados en lo que, más allá de las formas más diversas de una misma pasión por la contabilidad, encubre un rechazo de lo no contable del goce.

Finalmente, una consideración detallada y precisa de la dinámica del objeto *nada* en la clínica de los trastornos alimentarios, basándose en tesis de Lacan y en aportaciones fundamentales de Miller, abre una vía regia para situar ese goce que, por no estar adscrito a ninguna zona erógena particular, puede parasitarlas todas, haciendo existir una modalidad del objeto que, paradójicamente —y de forma tramposa— estaría más cerca que ningún otro de la Cosa, produciendo la ilusión de que ésta existe.

La clínica diferencial del objeto *nada* es, por tanto, una de las aportaciones más interesantes de esta obra, para guiarnos en las formas paradójicas en las que el sujeto contemporáneo, aun cuando más lejos lleva el rechazo del Otro, suple la inexistencia de relación sexual.

Es de destacar, por otra parte, la amplitud de las referencias teóricas y clínicas sobre las que trabaja el autor. Lejos de limitarse a la literatura propia de la orientación lacaniana, entra en diálogo tanto con autores

clásicos como Abraham como con una serie de autores contemporáneos, en lo que constituye un debate apasionante y fructífero.

Como no podría ser de otro modo, es este recorrido por lo real de la clínica lo que permite que la teoría avance, renovándose la pertinencia de sus conceptos fundamentales. En este sentido, el libro de Cosenza es también un excelente trabajo sobre la pulsión y sobre el objeto *a* de Lacan.

Prólogo a la edición italiana

Antonio Di Ciaccia[1]

La comida y el inconsciente nos ofrece un cuadro de conjunto del punto al que el autor ha llegado en su larga investigación sobre los trastornos alimentarios.

Un hilo rojo atraviesa la obra. Sin embargo, no es el hilo rojo del destino en el sentido chino. Domenico Cosenza no está ligado de manera indisoluble al único tema de los trastornos alimentarios. En efecto, sus investigaciones, variadas pero precisas, se extienden por el campo freudiano tocando muchos núcleos neurálgicos de la teoría psicoanalítica. De hecho, su hilo rojo es el de la goethiana memoria: es la huella indeleble que revela de manera inequívoca las afinidades electivas que unen el desarrollo teórico y la práctica clínica precisamente con la enseñanza de Jacques Lacan a la luz de la orientación de Jacques-Alain Miller.

El libro se presenta como un *work in progress* que nos permite ser testigos de un recorrido serio y puntual sobre algunas situaciones sintomáticas convertidas ya en paradigmáticas de nuestra contemporaneidad. Pero si, por un lado, en el libro se muestra de qué modo se condensan los diversos momentos que ponen de manifiesto la parábola del desarrollo en el campo de la clínica de los trastornos alimentarios, por el otro, el autor precisa también de qué modo avanza más allá de este límite.

Más allá del límite quiere decir que si bien los síntomas contemporáneos comportan un cierto feliz acuerdo con el sujeto, como a menudo se cuenta en el caso de la anorexia y la toxicomanía, Domenico muestra y demuestra que el efecto cruel que el síntoma tiene sobre el cuerpo no hace más que devastar al sujeto. Así, el ser humano es sacudido por un terremoto psíquico que se vierte sobre el propio cuerpo. A pesar del término con que Lacan lo ha definido, esto es, goce, se trata de terremotos psíquicos que son manifestaciones de la pulsión de muerte. Así, el cuerpo, en vez de ser la sede de un goce alegre, se destruye al constatarse sede de un goce mortal. Goza el funcionamiento del aparato psíquico, pero el sujeto que lo habita sufre.

También en estos casos es preciso que el psicoanalista se haga interlocutor, a fin de que ese goce que consume al *hablanteser*[2] se transmute en pacífica satisfacción. Esto ocurre cuando el sujeto llega a

renunciar a ese goce que está más allá de todo límite para reconquistarlo a pedacitos como un goce manejable y utilizable. ¿De qué modo? Musicándolo en forma de pulsión. La pulsión implica que el goce sin límites se vuelva a centrar en un goce inscrito en el aparato psíquico como una partitura musical. Lo cual permite al inconsciente —que está y sigue estando estructurado como un lenguaje— tocarlo como una sinfonía. Mediante la musicalización realizada por la transformación de la cadena significante se llega, en la mayoría de los casos, al punto en que el sujeto pueda tocar su sinfonía pulsional, aunque no se trata siempre de un pacífico concierto a lo Mozart, sino a menudo de un atormentado cuarteto del último Beethoven.

Domenico Cosenza se plantea una cuestión crucial: ¿qué instrumentos tiene y cómo puede desarrollar su función el psicoanalista cuando el goce no llega a decirse como demanda pulsional, cuando, en resumen, la trasformación del goce en pulsión no se produce en la experiencia psicoanalítica? Sabemos que, por muchos motivos, a veces diversos y opuestos, el mundo actual tiende a cerrar las vías de acceso al inconsciente estructurado como un lenguaje, a hacer difícil, si no vano, el enganche que tiene la palabra con lo real del goce.

Sin embargo, en estos casos, cada vez más numerosos y que tienden a convertirse en epidémicos, el psicoanalista no debe retroceder. Éste es el desafío al que el psicoanálisis contemporáneo está llamado a responder. Es en este punto que Domenico Cosenza, buscando un nuevo encuadre de la cuestión de los síntomas contemporáneos, propone un nuevo paradigma que formula como una clínica del exceso.

Exceso: término que dice perfectamente lo que Lacan indicaba hablando del ascenso del goce al cénit social como rasgo que caracteriza al capitalismo contemporáneo. Y aquí el autor vuelve a proponer una bipartición precisa. Por un lado el exceso se deja atrapar por las redes de la dimensión del discurso, en este caso se tendrá una pérdida del goce, pero también un beneficio cuando el discurso llega a circunscribir ese núcleo de goce que Lacan llama plus de gozar. Por el otro lado, el exceso resiste a la dimensión del discurso y se sitúa en un campo que está fuera-de-discurso; esto comporta fundamentalmente hacer frente a un desafío hasta ahora inédito. Y sólo si sabe responder a él, el psicoanálisis subsistirá. De otro modo, deberá declarar su impotencia, y dejar que lo imposible sea de nuevo recuperado en las redes del sentido. Sentido que podrá cubrirse con los ropajes tomados en préstamo de la ciencia o de la religión. Ropajes que podrán parecer aún psicoanalíticos, pero que ya no tienen nada que ver con el psicoanálisis, al menos según la enseñanza de Lacan.

Notas:

1. Psicoanalista, miembro AME de la Scuola Lacaniana di Psicoanalisi y de la École de la Cause freudienne. Presidente del Istituto Freudiano Curatore dell'opera di Jacques Lacan in lingua italiana.
2. N. del T.: de *«parlêtre»*, término de Lacan que condensa ser y palabra.

Introducción

Domenico Cosenza

Este libro, construido en un arco temporal de más de veinte años, está atravesado por el esfuerzo de articular una lectura de la anorexia, la bulimia, el trastorno de alimentación incontrolada y la obesidad orientada por el psicoanálisis, en especial a partir de la perspectiva abierta por Jacques Lacan. Perspectiva que, como no hemos dejado de subrayar varias veces en contribuciones precedentes, sobre todo para el lector de *El muro de la anorexia*, introduce una discontinuidad no sólo respecto de otras perspectivas terapéuticas, sino también de las aproximaciones analíticas tradicionales en el campo de los trastornos alimentarios. En este volumen diversas contribuciones escritas en el transcurso de veinte años sobre los trastornos alimentarios han sido reunidas, rearticuladas, relacionadas entre sí y actualizadas dando vida a un texto que restituye quizá mejor que cualquier otro nuestro recorrido en este campo.

Aunque no se caracterizan por la impronta sistemática y orgánica con que hemos abordado las cuestiones clave en juego en el campo de los trastornos alimentarios en otros trabajos, como en el libro *El muro de la anorexia*[3] o en el más reciente *El rechazo en la anorexia*,[4] los textos recogidos en este libro restituyen aún mejor, en efecto, el itinerario de investigación realizado en estos años en sus tortuosidades, pero también en la unidad de inspiración en torno al enigma de la relación del sujeto con la comida. Enigma que, paradójicamente, el radicalismo anoréxico y bulímico pone de relieve de manera rigurosa con una luz inédita. También aquí vale la indicación que Freud derivaba del enigma del masoquismo que había subvertido el planteamiento de su metapsicología, conduciéndolo más allá del principio de placer como dinamismo fundamental del aparato psíquico humano: la piedra de escándalo no sólo no se reduce a trastorno respecto de una supuesta normalidad, sino que se convierte en piedra de toque sobre la que refundar la función del inconsciente y la clínica psicoanalítica. Así, la clínica de la anorexia-bulimia y de la hiperalimentación psicopatológica nos conduce con rigor a pensar que, como está escrito en el más antiguo de los escritos de esta recopilación, «la relación del hombre con el alimento es una relación de estructura, en alguna medida, "perturbada"»,[5] y que los llamados *eating disorders* no son más que la

radicalización psicopatológica de este trastorno estructural.

Diversas contribuciones de este libro abordan la clínica actual y el lugar que en ella ocupan los llamados trastornos alimentarios. El Otro contemporáneo, en las formas de la crisis del vínculo social, de la problemática operatividad simbólica de la familia, de los *impasses* del proceso adolescente, de la conexión con el campo de las dependencias patológicas, del nexo con las llamadas nuevas formas del síntoma indicadas por Hugo Freda[6] y formalizadas por Jacques-Alain Miller, es explorado en su implicación con la solución anoréxico-bulímica y con la obesidad.

Más en general, emerge como hilo conductor de estos trabajos la apertura a una perspectiva que muestra en la anorexia, la bulimia y la obesidad contemporáneas la manifestación clínica de una nueva época del inconsciente, irreductible a aquella abierta por Freud con la fundación del psicoanálisis a principios del siglo pasado, y más próxima a lo que Lacan introdujo en su última enseñanza con la noción de lo real.[7] Respecto de la anorexia esto parece particularmente evidente en la última referencia de Lacan en el Seminario XXI,[8] donde emerge con claridad que la función predominante del rechazo anoréxico opera no sólo y no principalmente como demanda muda, cuanto como defensa extrema respecto de lo real de la castración, evitación del horror en el corazón del saber, rechazo del saber inconsciente.[9]

En esta nueva época el inconsciente no se manifiesta en la forma de un querer-decir inmanente en su manifestación sintomática, sino más bien en la forma de una encarnación de goce real sin sentido. Goce que no permite, al menos durante un cierto tiempo, un cuestionamiento enigmático por parte de quien lo experimenta, haciendo por ello problemática la articulación de una demanda y el inicio de una transferencia simbólica.

La lectura y el tratamiento de lo que la nosografía psiquiátrica internacional resume en el campo descriptivo de los denominados *eating disorders* —anorexia, bulimia, y con igual dignidad desde la quinta edición del DSM el «trastorno de alimentación incontrolada» (*Binge Eating Disorder*)— es aquí, a la luz de las indicaciones de Lacan y de los avances de la orientación lacaniana de Jacques-Alain Miller, deconstruido, reconsiderado en su raíz y reconducido al cauce de una clínica estructural de la singularidad. Con esta fórmula, clínica estructural de la singularidad, indicamos los tres puntos de inconmensurabilidad que hacen la clínica psicoanalítica irreductible a la clínica descriptiva del DSM: el encuadre estructural, la transferencia como eje esencial de la clínica psicoanalítica, y la singularidad del caso. En estos escritos, el intento que viene desarrollándose va en la dirección de una refundación

de la clínica de la anorexia y la bulimia, la privación y el exceso alimentario, fundada en torno a la estructura subjetiva (psicosis, neurosis y perversión, según las indicaciones de Freud) y la singularidad del caso. El trastorno alimentario es así sustraído de su falsa universalidad (o universalidad genérica) para ser nuevamente interrogado en su función específica por el sujeto, a la luz de su relación con la estructura y el propio modo de goce.

Se da un especial relieve, en diversos capítulos de este libro dedicados a la anorexia mental (pero no sólo, también respecto de la obesidad) a la cuestión del rechazo, que Lacan puso desde los *Complejos familiares* de 1938 en el corazón de la problemática anoréxica, tanto para la anorexia de la joven como para la anorexia infantil. Los diversos autores lacanianos que han desarrollado un interés especial en este ámbito clínico, a quienes ya me he referido puntualmente en *Il muro dell'anoressia*, han debido atravesar, siguiendo la indicación del maestro y las evidencias de la experiencia clínica, el enigma del rechazo anoréxico, y entre ellos quiero recordar en particular las contribuciones de Nieves Soria,[10] en las que me he apoyado en varios momentos de mi trabajo de clarificación de la cuestión.

De hecho, la función del rechazo y la introducción del objeto *nada* constituyen los dos pilares en que se apoya en su estructura la originalidad y el rigor de la lectura de la anorexia ofrecida por Lacan. Nuestra intención ha sido articular de manera diferencial las diversas formas del rechazo en las anorexias y la diferente operatividad del objeto nada (*nada*) en los diversos marcos estructurales, mostrando más allá de la homogeneidad fenomenológica la heterogeneidad y la pluralidad de este campo de la clínica. Aquí, la cuestión del rechazo es también articulada en función de su operatividad en el tratamiento analítico, en razón de la estructura del sujeto, pero también del tiempo lógico en que se encuentra en el interior de la cura, que es preciso tener rigurosamente en cuenta.

Hemos querido construir este texto subdividiéndolo temáticamente en cuatro secciones diferentes, en base a un criterio no cronológico, sino temático-conceptual.

La primera parte hemos querido titularla «Síntomas de la civilización contemporánea». Recoge tres artículos, referidos a la relación entre los trastornos alimentarios y las dependencias patológicas, la dimensión de síntoma social de las patologías alimentarias ligada a la crisis del convivio en la contemporaneidad —tesis que elaboré en la primera mitad de los años 1990—,[11] y su relación con la dimensión del vínculo familiar. A ésta he querido añadir una contribución más reciente, correspondiente al cuarto capítulo, que hace un balance crítico, después

de más de veinte años, del paradigma de las nuevas formas del síntoma y su empleo en la clínica de los trastornos alimentarios.

La segunda parte, titulada «La comida como solución excesiva», está dedicada en gran parte a la clínica de la obesidad. Al respecto, hemos querido reeditar, actualizándolo, un texto extenso, correspondiente ahora al capítulo quinto, dedicado al tema «La obesidad en las nuevas formas del síntoma». En él hacemos balance de un ámbito, el de la psicopatología de la hiperalimentación, en el cual el discurso del psicoanálisis y las terapias dinámicas ha permanecido particularmente silencioso, a diferencia del interés evidente manifestado por la anorexia y la bulimia. Después de una década nos ha parecido, pues, aún de absoluta actualidad, también a la luz de la evolución contemporánea de la clínica del *Binge Eating Disorder*, volver a proponerlo en una versión actualizada. A este capítulo hemos hecho seguir una breve contribución que enmarca esencialmente la cuestión de la bulimia según Lacan, poniendo de relieve las potencialidades, pero también los límites, a la luz de la experiencia clínica y de la enseñanza lacaniana más avanzada, de la única definición dada por Lacan de la bulimia en el período de su enseñanza clásica. En efecto, hemos tratado de demostrar que su enseñanza avanzada va mucho más allá de una definición, la única que nos proporciona de la bulimia en el Seminario IV, que permanece anclada en una lectura significante de la solución bulímica y en un horizonte clínico ligado fundamentalmente a la neurosis. Por tanto, ser lacanianos en este ámbito implica para nosotros ir más allá de los límites de la definición de la bulimia que nos ofrece Lacan, hacer trabajar a Lacan contra Lacan, para enfocar, a la luz de la experiencia clínica, la cuestión del goce bulímico en su dimensión real.

La tercera sección del libro, titulada «El núcleo estructural de la anorexia mental», presenta cinco contribuciones, que releen desde varios ángulos la cuestión anoréxica a partir de la dimensión real en juego en esta clínica, que Lacan aísla varias veces en el curso de su enseñanza.

En el capítulo 7, «La anorexia en la última enseñanza de Lacan», he puesto de relieve, por primera vez, el que he definido como el cuarto paradigma de Lacan sobre la anorexia, del que encontramos huellas en el Seminario XXI, y que se centra en el tema del rechazo del inconsciente. Desde esta perspectiva es posible comprender la orientación que caracteriza al libro en su conjunto y a los capítulos que siguen. El capítulo 8, «El higienismo anoréxico», condensa en esta fórmula que hemos querido acuñar una paradoja de la solución que recuerda, al mismo tiempo, un rasgo de la contemporaneidad: el impulso a un hipercontrol del cuerpo y del Otro, a una esterilización pulsional —imposible en los seres vivos—, que se realiza en su revés: una radical

pérdida de control, encarnada drásticamente en el adelgazamiento sin límite de las anorexias en fase aguda. En el capítulo 9 entramos en el corazón de la cuestión anoréxica en la perspectiva de Lacan. En efecto, este capítulo es un análisis riguroso en torno a lo que causa el goce anoréxico: lo que Lacan llama el objeto nada (*nada*). Esta noción es examinada en detalle, explorada en sus articulaciones posibles en la clínica estructural, y en sus relaciones con el saber inconsciente (la cadena significante S_1-S_2) y con la función del sujeto. De hecho, es un capítulo que funda el planteamiento clínico de la anorexia de la infancia y la adolescencia de la cuarta parte del libro. El capítulo 10, «El silencio y la voz en la anorexia mental», indaga en particular la función de la palabra y el objeto vocal —uno de los objetos de la pulsión añadidos por Lacan, junto con la mirada, a la lista de los objetos freudianos construidos sobre las aperturas del cuerpo llamadas por Freud zonas erógenas— en la clínica de la anorexia. La puesta en valor del déficit simbólico de la palabra se combina con la puesta de relieve de la imposición de la voz como manifestación radical del Superyó en la experiencia pulsional del sujeto anoréxico.

El capítulo 11, «El rechazo y su manejo en el tratamiento analítico de la anorexia», concluye la tercera parte con algunas indicaciones sobre el tratamiento de la anorexia analíticamente orientado. Aquí he intentado aislar unos tiempos lógicos identificables en el curso del tratamiento, localizables también en el trabajo institucional, en el que tenemos que enfrentarnos, como responsables del tratamiento, a la aparición del rechazo anoréxico que desafía cada vez en su raíz, aunque en cada momento con una modalidad peculiar, a través de la amenaza de la desaparición del sujeto, la continuidad del vínculo terapéutico.

La cuarta parte del libro, «La anorexia en la infancia y la adolescencia», expone los estudios que realicé en Francia sobre la anorexia en las encrucijadas del desarrollo de la subjetivación.12 El capítulo 12, «La enseñanza de la anorexia infantil», es un *excursus* sobre la cuestión de la anorexia en la infancia que, a partir de las indicaciones proporcionadas por Lacan y algunos actores lacanianos que operan en este ámbito (François Ansermet, Manuel Fernández Blanco), atravesando la literatura nosográfica actual de la neuropsiquiatría y algunos autores esenciales para la perspectiva psicodinámica como Bernard Brusset, llega a articular una lectura estructural de las formas diferenciales de anorexia infantil irreductibles entre ellas. El capítulo 13, «Adolescencia contemporánea y cuestión anoréxica», es una tentativa de pensar la anorexia actual como síntoma de la adolescencia contemporánea, como *impasse* del proceso de subjetivación de la pubertad, y al mismo tiempo como vía de solución de este *impasse*. El texto desarrolla, a partir de las

indicaciones de Lacan, unidas a los elementos de la clínica de los adolescentes, una teoría de la adolescencia como proceso de iniciación sexual, ya esbozada por mí en el pasado en otros escritos, cuyos tiempos lógicos se exploran. En la época contemporánea, el declive de la función paterna unido a la caída del velo en torno al enigma del sexo han modificado las coordenadas simbólicas de referencia a partir de las cuales los jóvenes tratan la cuestión de la emergencia pulsional en juego en el deseo sexual. La anorexia desde sus inicios es aquí reconsiderada en el interior de este nuevo marco de referencia, en el cual se hace posible articular una clínica diferencial del síntoma en la adolescencia. El capítulo 14, por último, «Clínica diferencial de la anorexia de la joven», intenta articular las formas estructurales que componen el campo de la anorexia de la joven, mostrando también a partir de referencias clínicas las diferencias específicas que hacen irreductible la anorexia histérica a la anorexia en las psicosis francas, así como en las formas «frías» de la psicosis, sin delirios ni alucinaciones, que hemos querido enmarcar en el campo de la psicosis ordinaria.

El libro se cierra con algunas conclusiones que, en realidad, se presentan más bien como una apertura a las perspectivas de investigación psicoanalítica en las que estamos actualmente comprometidos, a la luz de un cambio paradigmático en curso, desde la perspectiva de las nuevas formas del síntoma hasta la clínica del exceso. Desplazamiento paradigmático que intenta ir aún más a la raíz de los síntomas contemporáneos aislando el núcleo real que los mueve. Y que tiene en cuenta el paso realizado por Lacan, y subrayado por Miller, de la época del inconsciente a la época del *hablanteser*, así como sus consecuencias en la práctica clínica del psicoanálisis.

Notas:

3. D. Cosenza, *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio, Roma, 2008, pág. 212.
4. D. Cosenza, *Le refus dans l'anorexie*, Presses Universitaires de Rennes, 2014.
5. D. Cosenza, «Anoressia-bulimia, patologia della commensalità», *La Psicoanalisi*, 1997, nº 22, pág. 75.
6. F.H. Freda, «Les nouvelles formes du symptôme», *Revue de l'ECF*, 05/1992, nº 21, pág. 85.
7. J. Lacan, *Il Seminario, Libro XXIII. Il Sinthomo* (1975-1976), Astrolabio, Roma, 2006, págs. 129-130.
8. J. Lacan, «Les non-dupes errent», lección del 9 de abril de 1974, inédito.
9. Sobre este punto, véase *La Psicoanalisi*, Rivista internazionale del Campo Freudiano, Astrolabio, Roma, nº 50, jul.-dic. 2011, en particular, además de mi artículo «L'anoressia nell'ultimo insegnamento di Lacan», aquí reproducido, el artículo de Adela Succetti «Per me pochissimo. Anoressia e sapere inconscio», págs. 25-34.
10. N. Soria, *Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia*, Tres Haches, Buenos Aires, 2000. La nueva edición del libro, parcialmente modificada y editada por Del Bucle, Buenos Aires,

2016, es introducida por un prólogo mío a la segunda edición titulado «El nudo anoréxico en Nieves Soria», págs. 7-10.

11. Los resultados de esta elaboración, además de en el capítulo 2, aquí reeditado, «Anorexia-bulimia, patología de la comensalidad», pueden ser encontrados en mi amplio capítulo «La comida y el inconsciente. Anorexia, bulimia y discurso alimentario», en M. Recalcati (al cuidado de), *Il corpo ostaggio. Clínica e teoria dell'anoressia-bulimia*, Borla, Roma, 1998, págs. 129-179.

12. Una versión de esta parte se puede localizar en lengua española en mi *La comida y el inconsciente. Psicoanálisis y trastornos alimentarios*, Tres Haches, Buenos Aires 2013.

Primera parte.
Síntomas de la civilización contemporánea

1. Angustia y dependencias en la clínica actual[13]

Autoterapia y Superyó sádico en la lectura psicoanalítica de las dependencias patológicas

La clínica psicoanalítica aborda el campo de las dependencias patológicas a partir, ante todo, de una tesis que subvierte el planteamiento de las terapias cognitivo-comportamentales y la lógica descriptivo-clasificatoria del DSM-IV, y también de la más reciente edición del DSM-5. En efecto, estas terapias ponen de relieve la dimensión del trastorno y la disfunción que comportan las dependencias, y entienden el trabajo clínico en este campo como una acción programada para normalizar las conductas y los conocimientos perturbados. El psicoanálisis, por el contrario, enmarca la dependencia patológica, en última instancia, como un intento de tratamiento, como una solución, que el sujeto encuentra en su camino, para hacer frente a algo insoportable que atraviesa su existencia. Es en el interior de un *paradigma autoterapéutico*, pues, que son leídas las dependencias patológicas en el campo del psicoanálisis. En efecto, la dependencia patológica se presenta con los rasgos de la autoterapia inconsciente, como una respuesta actuada y sistematizada que el sujeto produce ante lo insoportable. En efecto, a menudo funciona, para el sujeto, como alternativa al pasaje al acto suicida. Esta autoterapia gira en torno a la elección de un objeto, de una sustancia o de una situación, que acaba asumiendo para el sujeto la función de catalizador irresistible del goce. El sujeto es empujado inexorablemente al consumo de la sustancia o de la situación que lo hace gozar. No puede decirles que no. Es absorbido y devorado precisamente por aquello que había encontrado como solución a su malestar insostenible. Encontramos, pues, en el corazón de las patologías de dependencia, el funcionamiento de un Superyó sádico como revés topológico de la dimensión autoterapéutica-sanadora interna a la estructura de la dependencia patológica. Es la lección que Lacan ofrece en *Kant con Sade*, que encuentra un campo de aplicación extraordinario en la actual clínica de las dependencias patológicas. La autoterapia de la toxicomanía, etílica, anoréxico-bulímica u obesa, para citar sólo algunas, es, en efecto, una *autoterapia mortífera*, más allá del principio de placer, que el sujeto se impone a sí mismo a partir de un impulso más fuerte que él que lo mueve. En este sentido *las dependencias*

patológicas son patologías del Superyó sádico que ordena al sujeto que goce de la sustancia sin límites. Aparece con toda claridad en la clínica cuando, inevitablemente, los pacientes mismos nos lo dicen, en el momento en que empiezan a experimentar los efectos destructivos de la dependencia como egodistónicos, por tanto, ya no como una solución, sino como una condena a la que dicen que ya no pueden sustraerse. «¡Es más fuerte que yo!» es la frase típica que dicen estos pacientes después de su enésima recaída en el consumo de la sustancia. Y en esta definición, «patologías del Superyó sádico», podemos encontrar otra clave de lectura, junto a la autoterapéutica, que el psicoanálisis nos ofrece para las dependencias patológicas.

Las dependencias patológicas como alternativas a la angustia

Pero es preciso ir a la raíz de la respuesta autoterapéutico-masoquista que presentan las dependencias patológicas para tratar de decir a qué intentan responder por el sujeto. Es aquí donde entra en liza la dimensión de la angustia. *En efecto, las dependencias patológicas se configuran —es una tesis— como alternativas a la angustia y a su atravesamiento*. Como soluciones del sujeto a lo insoportable que la emergencia de lo real presentifica en él. Algo no simbolizado o, como en el caso de las psicosis, algo no simbolizable que remite a la fragmentación estructural del sujeto. Es un fenómeno al que asistimos a menudo con sujetos que sufren de dependencias: cuando el consumo de la sustancia es detenido o reducido, la angustia emerge o aumenta. Esto revela la función farmacológica que la sustancia asume para el sujeto toxicómano: tapar lo insoportable de la angustia. Clausurar la división subjetiva del neurótico, compensar la fragmentación constitutiva del psicótico. El problema es que la angustia se presenta para el sujeto humano, como enseña Lacan en el Seminario X, como la «señal de lo real»[14] de la que es imposible sustraerse o curarse. El núcleo de la angustia es intratable, y lo que es posible hacer respecto de la angustia en la enseñanza de Lacan, como ha subrayado Jacques-Alain Miller, no es curarla, sino atravesarla.[15] El problema que nos presenta la clínica concierne, pues, al *atravesamiento de la angustia* y las condiciones que la hacen posible para el sujeto. Ante todo, podemos preguntarnos si el tratamiento de las toxicomanías es o no una modalidad de atravesamiento de la angustia. La clínica nos conmina a decir que el atravesamiento de la angustia es precisamente lo que el sujeto toxicómano trabaja para evitar a toda costa. La literatura psicoanalítica y psicodinámica está plagada de expresiones para esta particular operación que el sujeto pone en práctica en la dependencia patológica para evitar

el atravesamiento de la angustia: evitación, negación y escisión. En nuestro lenguaje, podemos ordenar estas formulaciones en los términos de variantes particulares de una operación generalizada indicada por Miller y Laurent respecto de las nuevas formas del síntoma, y articulada en la fórmula: rechazo del Otro. Esta fórmula, en la cual se designa un circuito autárquico del sujeto caracterizado por la experiencia de un «goce sin Otro», localizable en las nuevas formas del síntoma, presupone una doble operación: a) una operación respecto del Otro, que produce el efecto de un desenganche del sujeto; b) una elevación del objeto (*a*) al cénit, al puesto de mando de la estructura discursiva, como precisa Miller en su discurso de Comandatuba. Dentro de estas coordenadas de referencia, la clínica de las dependencias patológicas, que impregna las nuevas formas del síntoma, se presenta como un campo diferenciado en el que nos corresponde localizar las distintas modalidades de rechazo del Otro y de elevación del sujeto al cénit que lo distinguen. Esto claramente a la luz de las referencias para nosotros clásicas a la clínica diferencial de estructura y a la singularidad irreductible del anudamiento sinthomático[16] del sujeto.

Un ejemplo tomado de la clínica de la obesidad

Intento articular este punto sirviéndome de una experiencia clínica particular: un análisis de una sesión de grupo con pacientes obesas que dirijo en una institución. El tema del análisis es qué ocurre cuando se verifica el momento de la crisis que provoca el atracón. Marta dice que su análisis es el siguiente: alguien que para ella es importante le dice algo que la concierne, pero en esta comunicación aflora algo que la hace sentir excluida/ella experimenta un estado de angustia/entonces se desconecta de la comunicación con el Otro/en este punto se precipita en el atracón. Lisa dice que para ella el momento típico se caracteriza por una especie de trance en el que ella, en un estado de soledad doméstica insostenible, queda anulada, y entonces entra en escena la boca de una Lisa niña que pone en práctica el consumo automático de la comida. En esta secuencia podemos encontrar dos variantes que conducen al resultado de la solución de la devoración propia de la experiencia de dependencia del sujeto obeso. En el caso de Marta, la secuencia es: el encuentro con el deseo del Otro produce angustia en el sujeto/el sujeto responde con dos operaciones: a) la desconexión o el rechazo del Otro; b) el consumo irresistible de la sustancia. En el caso de Lisa, la secuencia es: lo real surge con la representificación del objeto oral primario, la propia boca de la infancia/el sujeto responde a esto con una solución alternativa a la angustia: a) experimentando el propio eclipse y la propia

desconexión del Otro; b) dándose el atracón. De ello nace, en ambos casos, de formas diferentes, un tratamiento del afloramiento de lo real que va en la dirección opuesta a un atravesamiento de la angustia y su sintomatización, que intentamos realizar, en cambio, en el trabajo analítico.17 La solución es el pasaje al acto toxicómano como alternativa a la angustia, como anticipación sistemática de su despliegue, como puesta a cero de su punto de origen, lo que Lacan llama el «punto de angustia».18 En efecto, el sujeto obeso tiende a obstruir la angustia a través de dos operaciones consustanciales. La primera operación es sobre el Otro y consiste en el rechazo o en la desconexión respecto de él. Este punto no siempre está claro con los sujetos obesos, porque se presentan fenomenológicamente, por el contrario, como sujetos a menudo extremadamente permeables al Otro, oblativos y disponibles. Pero el Otro al que responden es el Otro de la demanda, mientras que el Otro que rechazan, que no soportan, es el encuentro con el Otro del deseo, al cual cierran las puertas espantados. De ahí su especial dificultad para comprometerse efectivamente en una relación transferencial en el trabajo de la cura.

La segunda operación es sobre el sujeto de la dependencia, y se realiza en el consumo irrefrenable y constante de comida. Propongo extender esta doble operación, más allá de los límites de la clínica de la obesidad, al campo más amplio de las dependencias patológicas como alternativas al atravesamiento de la angustia, e indagar las formas específicas de su funcionamiento.

Notas:

13. Intervención hecha el 7 de mayo de 2005 en Palermo, en el V Congreso nacional de la SLP «Afecto de angustia». Texto revisado, actualizado y publicado en *Attualità Lacaniana, 2,* Franco Angeli, Milán, 2005, págs. 67-72.
14. J. Lacan, *Il Seminario. Libro X. L'angoscia* (1962-1963), ed. it. al cuidado de A. Di Ciaccia, Einaudi, Turín, 2007, pág. 174.
15. J.-A. Miller, «Introduction a *L'angoisse*», *La Cause Freudienne*, nº 58, Navrin, París, octubre de 2001, pág. 64.
16. N. del T.: En relación a la noción lacaniana de *«sinthome»*, modificación del término «síntoma».
17. Sobre la sintomatización de la angustia en el trabajo analítico, véase D. Laurent, «Inhibition, symptome et angoisse, aujourd'hui», en *La Cause Freudienne*, *op. cit.*, pág. 58.
18. J. Lacan, *Il Seminario. Libro X. L'angoscia*, *op. cit.*, pág. 255.

2. Anorexia-bulimia, patología de la comensalidad. Psicoanálisis aplicado y discurso alimentario[19]

Psicoanálisis y problema alimentario

Para el psicoanálisis contemporáneo, la epidemia anoréxico-bulímica que desde hace cuarenta años está invadiendo de manera exponencial los países de capitalismo avanzado plantea un problema radical de reconsideración de la clínica. En efecto, las patologías alimentarias introducen en la clínica psicoanalítica algo que nos permite profundizar en lo que Lacan, releyendo el malestar de la civilización de Freud, quiso expresarnos articulando su concepción del discurso, y en particular su formulación del discurso del capitalista. El psicoanálisis ha mostrado en el curso de su historia cómo la clínica del discurso social se abre a partir de la desaparición de la exigencia fisiológica de la necesidad, de su satisfacción garantizada, ante la cual el sujeto empieza a mostrar su malestar por aquella dimensión inmaterial y singular que, desde Freud, hemos aprendido a designar como deseo. Freud lo mostró en dos giros fundamentales de su clínica: desde finales del siglo XIX ante la histeria, que puso en cuestión la relación del sujeto humano con el sexo, haciendo de él un enigma simbólico irreductible al plano fisiológico de la necesidad; desde 1920 ante la clínica del masoquismo, que reescribió la relación del hombre con la muerte en la vida, revelando el rasgo irreductible, no transitorio, más allá del principio de placer, del goce humano en el sufrimiento. Lo que hoy pone el tela de juicio de manera radical la clínica de la anorexia-bulimia, según la definición ofrecida por Massimo Recalcati,[20] es la relación del sujeto con la comida, no por casualidad precisamente en la época histórica en que el problema milenario del hambre parece haber sido vencido en los países de desarrollo capitalista avanzado y no se ve ya como un problema de necesidad y de supervivencia.[21] Hoy en día, la alimentación es un problema para el sujeto, lo cuestiona en su subjetividad, precisamente en el momento en que la comida no falta, sino que está incluso demasiado presente. Ahora bien, en el campo de la clínica psicoanalítica, lo que provoca el rechazo autoinducido de la comida en la anorexia, el circuito atracón/vómito en la bulimia y —de forma distinta y pendiente aún de reflexión— el hiperconsumo en la obesidad es la puesta en duda para el sujeto contemporáneo de una dimensión, la alimentaria, asumida en los

siglos como obvia, previsible, natural y necesaria, pero a la vez casi extrínseca al ser del sujeto.

La ley de la comensalidad

La anorexia-bulimia es indudablemente una patología de la imagen del cuerpo unida íntimamente a una patología del consumo de los alimentos. Patología en que, como nos ha indicado Recalcati en *La última cena*, el control anoréxico de la pulsión oral ligado a la identificación adhesiva a la imagen del cuerpo delgado no es más que la otra cara de la precipitación bulímica en un goce sin resto, convertido en imposible por el vómito.22 Desde este punto de vista, la aparente trasgresividad social del comportamiento alimentario anoréxico y bulímico satisface sólo a una mirada fenomenológicamente orientada, en la medida en que, como síntoma social, la anorexia encarna de manera radical los valores de la sociedad posmoderna como civilización de la imagen centrada en el ideal del cuerpo delgado, y la bulímica representa paradigmáticamente en el campo alimentario el valor superyoico del consumo, de acuerdo con la definición de la sociedad posmoderna como sociedad de consumo. Los imperativos categóricos del «parecer» y del «consumir», propios de la sociedad de la imagen-consumo, encuentran de este modo en la anorexia-bulimia un circuito subjetivo extremo de realización de su imperativo, que precisamente en esta realización revela su rasgo mortal, más allá del principio de placer.

Sin embargo, la clínica freudiana no es una clínica del fenómeno, sino de la estructura, que localiza en una alteración de la ley simbólica la razón de los efectos consiguientes de deformación en el plano imaginario del narcisismo corporal y en el plano real de una compulsividad pulsional no reglamentada. Es por esta razón que, precisamente interrogando la anorexia-bulimia como síntoma social, nos parece fecundo tratar de explicar su difusión epidémica a partir de una alteración producida en el orden simbólico del discurso social. Al respecto, indicaciones importantes que reformular teóricamente en el marco de la teoría y la clínica psicoanalítica nos llegan de otras disciplinas, en particular de la antropología y la historia alimentaria. Estas indicaciones nos permiten identificar a un nivel definido del orden simbólico la ley reguladora cuya escasa eficacia demuestra en la actualidad la anorexia-bulimia. Se trata de la ley simbólica a la que la civilización europeo-occidental ha confiado la tarea, desde el clasicismo grecorromano, de reglamentar la relación del sujeto con los alimentos, y que el soporte de los estudios históricos (en particular la gran obra histórica y antológica de Massimo Montanari sobre la alimentación

europea, centrada en la cardinalidad de la dimensión del convivio)[23] nos autoriza a definir en los términos de ley de la comensalidad. Esta Ley, desde la Antigüedad clásica, ha expresado, en el fondo, en su formulación general, una verdad de estructura que la clínica psicoanalítica de la anorexia-bulimia está redescubriendo precisamente en la sintomatología que pone en escena su llamativa transgresión: es decir que a) la relación del ser humano con la comida implica siempre la relación con el otro, y que b) dicha relación con la comida y con el otro está reglamentada por el Otro. Ya para los antiguos griegos, hay una politicidad intrínseca en el acto de comer, que se configura como un acto ritualizado, público, regulado e intersubjetivo. Para los seres humanos, comer solos no equivale verdaderamente a comer, sino que es una práctica más acorde con las bestias o los Dioses: se refleja en el plano alimentario la excomunión ya formulada por Aristóteles hacia los hombres que viven en soledad, lejos de la *polis*. Pero, más radicalmente y de acuerdo con la lógica del descubrimiento freudiano, comer solos es, en realidad, una experiencia[24] imposible, puesto que siempre, desde el origen, es en relación con el otro y en el campo del Otro que la práctica alimentaria se ha abierto para el sujeto. También la soledad alimentaria del ermitaño se escribe, en el inconsciente del sujeto, en una determinada relación con el otro y en el campo del Otro.[25]

Los términos acuñados por los antiguos griegos y romanos para designar el campo de la experiencia alimentaria, «simposio» y «convivio», lugares en que escuchar y hablar están acompañados de manera no subordinada por comer y beber, muestran ampliamente el valor a la vez ontológico y prescriptivo que ellos atribuían a la práctica de la comida en la dimensión de la comensalidad, y encarnan la instancia de una «humanización simbólica» del consumo alimentario que lo arranque del yugo de su bestialidad. El hombre come (y bebe) con el otro, en el campo del Otro: así podríamos formular en su generalidad descriptivo-prescriptiva la ley no escrita de la comensalidad que ordena en la civilización europeo-occidental la relación del sujeto con los alimentos. Esta Ley general lleva consigo toda una compleja articulación que se compone de capítulos fundamentales, inherentes a los tiempos, los lugares y los modos de la práctica convivial. En torno a ellos, una historia de larga duración ha sedimentado en la civilización europeo-occidental una infraestructura simbólica, muy reforzada por el proceso de cristianización, que ha escrito hasta nuestros días —en la variación de los rasgos determinados inherentes a las especificidades de los momentos históricos, de las tradiciones socio-culturales y de las pertenencias de clase y familiares— las escansiones públicas invariables y los rituales-base, el sistema de distribución «política» de los lugares en la mesa, en

breve, todo el ordenamiento normativo regulador de la experiencia alimentaria. La tripartición simbólica de los momentos de la comida desayuno-almuerzo-cena, la organización del momento alimentario según un código de «buenas maneras» ya culturalmente definido e interiorizado desde la infancia, la asimilación simbólica del valor de la posición espacial de los comensales correlativa al valor de su palabra en el convivio; pero a la vez también la identificación con un determinado régimen de valores alimentarios y una cocina de pertenencia, y el efecto de la orientación que esto produce inevitablemente en la formación del gusto: es en el interior de tales coordenadas fundamentales que la experiencia alimentaria ha encontrado para el sujeto al Otro en el que poder fijar su incardinación simbólica hasta nuestros días.[26] La experiencia alimentaria, en cuanto acto nutritivo complejo, y a la vez proceso imaginario de identificación social, «sistema de comunicación» simbólica, como dice Barthes,[27] así como satisfacción libidinal-pulsional, como mostró Freud desde los *Tres ensayos sobre teoría sexual*, encuentra precisamente en el campo de esta compleja normativización, que podemos resumir en la metáfora del convivio, la condición que la ha hecho y la hace humanamente posible, arrancando la relación del sujeto con la comida de la bestialidad devoradora, así como de la abstinencia autoinducida y continuada, de la lucha fratricida por su posesión, del último límite de la antropofagia. En otras palabras, el convivio ha funcionado desde la civilización griega como metáfora constitutiva reguladora de la relación del sujeto con la comida. Ha representado, podríamos decir, la encarnación simbólica del Nombre del Padre en el campo de la experiencia alimentaria, haciéndosela posible al sujeto como experiencia que se estructura en el campo del discurso. En este sentido, la ley de la comensalidad actúa en relación a la experiencia alimentaria como un modo de decir la ley más general de la castración simbólica, que humaniza al niño arrancándolo del cuerpo a cuerpo devorador con la Madre para reconducirlo a la universalidad normativa de la «mesa del Padre». En este sentido, podríamos formular así la eficacia simbólica del convivio para la experiencia alimentaria del sujeto:

$$\frac{\text{Convivio}}{\text{Comida-Madre}} = \text{entrada del sujeto en el discurso alimentario}$$

Este acceso del sujeto al campo de una experiencia alimentaria discursivizada, implica por estructura una pérdida de goce (el mítico

desvanecimiento de la comida original) que hace posible pulsionalizar la relación con los alimentos dentro de un marco simbólico. El apetito es normativizado, domado en su «mal» impulso devorador o en su ensimismamiento abstinente y convertido, en el convivio, en un «¡buen provecho!», fórmula ritual con la que, no por casualidad, en la mayoría de las lenguas vivas se distingue simbólicamente la apertura de la comida.

La crisis del convivio

Es toda esta compleja operación de regulación simbólica del campo pulsional, embridando su compulsividad oral y su narcisismo de la imagen/mirada, la que hoy parece poner en cuestión de manera inquietante la epidemia anoréxico-bulímica, situando en primer plano una relación con la comida fuera-de-discurso, que niega justamente la premisa general de la ley de la comensalidad. De esta negación son manifestaciones empíricas precisas el rechazo sistemático de los momentos conviviales de consumo de la comida y la clandestinidad solitaria y «desregulada», típicos de la alimentación anoréxico-bulímica en familia y en la vida cotidiana, así como la obscenidad de la comida común a la que se puede asistir en una institución para el tratamiento de la anorexia-bulimia (obscenidad fruto de una dictadura de la mirada de la una sobre la otra, y por una precipitación/control de la boca sobre la comida privadas de una incardinación simbólica en condiciones de organizar su goce).[28]

Sólo un largo y complejo trabajo analítico permite a la anoréxica y a la bulímica de estructura no psicótica, es decir, aquéllas para quienes el convivio como metáfora simbólica se ha escrito en el inconsciente, llegar a formular precisamente que:

a) su problema con la comida concierne a su problema con el otro y que
b) dicho problema con el otro se inscribe de manera enigmática en el campo del Otro.

La hemorragia narcisista y pulsional que caracteriza a la epidemia anoréxico-bulímica encuentra así, precisamente en el ordenamiento social del discurso capitalista, un modo que nos parece adecuado de formularse, como efecto de una inscripción débil o alterada del sujeto en el orden simbólico de la comensalidad, regulador de la relación del sujeto con la comida. Es evidente que solamente en la clínica diferencial se hace posible dilucidar el valor que el síntoma anoréxico-bulímico

reviste para la estructura del sujeto, y que para cada caso singular hay algo que ha faltado de manera particular en el proceso simbólico de interdicción edípica, ya sea en la forclusión del Nombre del Padre (psicosis), en la negación (perversión) o en la represión (neurosis).

Sin embargo, es preciso subrayar cómo la lógica misma de funcionamiento del discurso capitalista, con su proceso de reciclaje continuo del goce y de negación de la pérdida, debilitando la singularidad de la eficacia simbólica de la interdicción edípica trabaja en contra y prescindiendo del orden universal del discurso alimentario instituido por la ley de la comensalidad, dique simbólico que frena hoy día el desarrollo y la amplitud del ciclo de reproducción económica. En este sentido, está en la lógica del desarrollo del discurso capitalista incitar al sujeto a una alimentación cotidiana que supera y niega las leyes del convivio, que estimula al consumo solitario y sin reglas, que convierte el acto alimentario para el sujeto en un acto de goce desubjetivado y carente de sentido, y rescatado únicamente en citas ocasionales y excepcionales en las que recupera todo su peso simbólico y subjetivo, reconstituyéndose en el orden discursivo de la comensalidad.

Nos parece, pues, que se debe identificar en la crisis de la comensalidad un síntoma específico que caracteriza, en el marco de la más general crisis del Otro como tal y de la pluralización del Nombre del Padre, respecto a la cual Lacan abrió camino, al malestar de la civilización que el sujeto experimenta en el discurso capitalista. Sobre este punto, la sociología y la historia alimentaria pueden suministrar datos preciosos para su reconsideración en la teoría y la clínica psicoanalítica. La nueva modulación estratificada y variable de los tiempos de trabajo está resquebrajando desde hace tiempo la universalidad de los tiempos del consumo alimentario, modificando hábitos seculares que hacían posible reconstituir en la cotidianidad una comensalidad posible en torno al hecho de la comida, no sólo dotada de ritualidad propia, sino incluso de sacralidad. El actual proceso que tiende a la desacralización y la desritualización del momento alimentario se une, al mismo tiempo, a la crisis en curso del sistema familiar como agente primordial de reglamentación simbólica de la experiencia del sujeto y del momento de la comida. Los tiempos, los lugares y las formas del consumo alimentario están experimentando un proceso de pluralización y fragmentación que, como consecuencia, reduce el alcance simbólico cotidiano del momento alimentario, aumenta los tiempos de consumo de comida solitario, desubjetivado, carente de la mediación de la palabra del otro, orientado cada vez más hacia las metas de la pura nutrición y el goce indiferenciado. Factores que, como ha mostrado en su obra un extraordinario investigador de la relación del sujeto con la

comida en la historia como Piero Camporesi,[29] están íntimamente ligados a la difusión de un proceso de homogenización y serialización de una cocina universal, híbrida, esterilizada, lista para usar, cuya encarnación histórica, funcional a los tiempos y los ritmos de la «economía insaciable»[30] del discurso capitalista, son el *fast food* y las comidas dietéticas.

El «trastorno» alimentario como hecho estructural

Pero la epidemia anoréxico-bulímica en cuanto síntoma social nos impone también, freudianamente, asumirla —de «piedra de escándalo» a «piedra de toque»—, y por tanto reconocer en ella la radicalización patológica de una relación del sujeto con la comida que revela ser estructuralmente problemática para el sujeto. En efecto, decir que el trastorno alimentario es un síntoma social significa, ante todo, que la relación del hombre con la comida no es una relación natural. Ésta es también la lección que, después de Freud, Lévi-Strauss nos ha dejado en herencia, enseñándonos que la relación del hombre con la comida es una relación natural sólo míticamente, puesto que desde siempre está instalada en el campo de la cultura.[31]

Pero la lección freudiana es más radical, y debe llevarnos a sostener que la relación del hombre con el alimento es estructuralmente una relación en alguna medida «perturbada», y que lo que «perturba» en esta relación con la comida es algo que concierne a la relación del sujeto con el otro en el campo del Otro, tal como sucede con cualquier formación del inconsciente, cuya articulación significante funciona, diría Lacan, como «soporte de plus de gozar» (*Sem.* XVII, 23 de enero de 1971).

Son testimonio concreto de ello, entre otras cosas, los denominados tabús alimentarios, además de la obsesión dietética que caracteriza al sujeto contemporáneo y los excesos y las idiosincrasias alimentarias inexplicables que nos acompañan en algunos casos desde la infancia, en el marco de aquella que podríamos llamar una psicopatología de la alimentación cotidiana. En primer lugar, continúan siendo un problema los que podríamos definir como tabús alimentarios sistémicos, en base a los cuales todo un ordenamiento social y cultural rechaza el consumo de alimentos considerados sagrados o inmundos (en línea con la definición del tabú relanzada por Freud como «horror sagrado» en *Tótem y tabú*) y que la lógica freudiana nos lleva a leer en relación a la interdicción edípica que fundamenta la civilización. Un ejemplo más microscópico y no abordable por explicaciones de óptica religiosa, sociológica o en términos de economía costes/beneficios (como la firmada por el antropólogo estadounidense Marvin Harris)[32] lo constituyen los tabús

alimentarios no atribuibles a una normatividad social más o menos explícita, sino específicos de la experiencia del sujeto (y que podríamos definir como tabús alimentarios del sujeto), y que a menudo asoman la cabeza en plena experiencia analítica, dotando a un alimento o a una serie de alimentos de un valor inconsciente que es preciso reconstruir a partir de su discurso, identificando su función en la cadena significante y la relación específica que para ese sujeto asume en el marco de la interdicción edípica que se ha constituido en su historia singular. En suma, la tesis según la cual, freudianamente, el trastorno alimentario es para el sujeto estructural se sostiene, en última instancia, a partir de su institución como efecto de la metáfora paterna, que al inscribir al sujeto en el orden de la comensalidad hace de la Comida-Madre un objeto perdido y, por tanto, evocador de un goce perdido. En este sentido, la relación alimentaria es para el sujeto una relación nunca saturable en el nivel de la satisfacción. Sólo el psicoanálisis está en condiciones de aproximar, en este sentido, el trastorno alimentario a su estatuto de síntoma, tratarlo en función de la demanda simbólica que vehiculiza y del goce que encarna, hasta llevar al sujeto a asumir, aunque reduciendo su grado de manifestación fenomenológica, su incurabilidad estructural.

Notas:

19. Texto revisado y actualizado, publicado en *La Psicoanalisi*, nº 22, Astrolabio, Roma, julio-diciembre de 1997, págs. 67-76.
20. Tomamos de Recalcati (en M. Recalcati, «L'ultima cena: anoressia e bulimia», Bruno Mondadori, Milán, 1997, pág. 25, *La Psicoanalisi*, nº 22, 1997, págs. 67-76) la definición de la anorexia-bulimia como posición subjetiva articulada por una misma lógica de funcionamiento, más allá de la aparente oposición fenomenológica.
21. M. Montanari, *La fame e l'abbondanza. Storia dell'alimentazione in Europa*, Laterza, Roma-Bari, 1994, págs. 210-212.
22. Cfr. los dos tiempos del discurso anoréxico-bulímico en M. Recalcati, *L'ultima cena*, *op. cit.*, págs. 166-167.
23. M. Montanari, *Convivio. Storia e cultura dei piaceri della tavola*, Laterza, Roma-Bari, 1989, págs. 7-8.
24. *Ibidem*, pág. 8.
25. *Ibid*.
26. Para una profundización detallada y más articulada de esta tesis, me permito remitir a *Il cibo e l'inconscio. Anoressia, bulimia e discorso alimentare*, síntesis de mi enseñanza de Antropología del discurso alimentario en el *Curso de especialización en la psicopatología de los trastornos alimentarios* del ABA de Milán (1995-1997), cuya publicación al cuidado de Massimo Recalcati está en prensa. También publicado en M. Recalcati (ed.), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia,* Borla, Roma, 1998, págs. 129-179.
27. R. Barthes, «Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine», *Annales ESC*, 1961, XVI, págs. 977-986.
28. Es cuanto pude constatar directamente, con los otros intervinientes, en el momento de la comida comunitaria de las pacientes anoréxico-bulímicas de la institución ABA «La Vela», en la que trabajé desde su fundación en abril de 1997 hasta su cierre en 2013.

Sobre esta experiencia pionera, remito a L. Ciccolini, D. Cosenza (ed.), *Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali*, Franco Angeli, Milán, 2015.

29. Toda la obra de Camporesi gira en torno a una investigación de la relación histórica problemática y diferencial del sujeto y la civilización con los alimentos, y en particular en torno al intrincadísimo nudo cuerpo/comida. Para un análisis crítico de la alimentación contemporánea, véase en particular *La terra e la iurta. Alimentazione folklore società*, Il Saggiatore, Milán, 1989, e *Il governo del corpo*, Garzanti, Milán, 1995.

30. *Scitica 1/4*, Feltrinelli, Milán, 1977, pág. 181.

31. C. Lévi-Strauss, *L'origine delle buone maniere a tavola*, Il Saggiatore, Milán, 1974, pág. 429, pág. 445.

32. M. Harris, *Buono da mangiare. Enigmi del gusto e consuetudini alimentari*, Einaudi, Turín, 1990, págs. 5-6. Este funcionamiento cotidiano del momento alimentario está correlacionado con una hipervaloración subjetivada de la cita ocasional para comer con los familiares, con amigos o en la cita galante, usualmente en un restaurante, cuando el sujeto redescubre el peso del momento alimentario como acto convivial en todos sus matices imaginarios y simbólicos. Cuanto más pierde la alimentación cotidiana su valor simbólico y ritual para el sujeto, tanto más la adquiere el momento de la comida como ocasión de encuentro, según una lógica inversamente proporcional, que se ha acelerado en las últimas décadas, pero que se activó con la Ilustración y en particular después de la Revolución Francesa, época que consagra el nacimiento de los restaurantes.

3. Los vínculos familiares en la clínica de las patologías alimentarias[33]

Familia y discurso

En esta intervención trataremos de interrogar el vínculo familiar, a partir de un área de la clínica de las nuevas formas del síntoma como la de los denominados trastornos alimentarios: anorexia, bulimia, trastornos de alimentación incontrolada y obesidad. Desde hace años sostenemos en nuestro campo que la estructura del síntoma contemporáneo se caracteriza por una fragilidad de su función simbólico-metafórica y por una acentuación de su vertiente de goce. Es lo que hallamos de manera radical en las formas no histéricas de anorexia, bulimia y obesidad, donde la función de mensaje incluida en la estructura del síntoma está desactivada o ausente, mientras que es su función de condensación de goce la que ocupa la escena. Una primera hipótesis que quisiéramos adelantar aquí es que la producción del síntoma alimentario en sujetos no neuróticos pone en cuestión, en la vertiente del Otro familiar, la estructura de la familia como discurso. En otras palabras, si el trastorno alimentario escenifica, en muchos sujetos, un divorcio entre el síntoma y su función metafórica, la cuestión familiar parece remitirnos en muchos casos, en la clínica de las patologías alimentarias, a una desconexión entre lo real de la familia y el funcionamiento discursivo. Esto nos conduce a pensar que quizá la fórmula «discurso familiar» acuñada por Lacan pueda resultar, respecto de esta área de la clínica, una fórmula de difícil aplicación, que puede empezar a asumir un valor efectivo, si acaso, sólo en un segundo tiempo, como inicio de un trabajo de transformación de la posición del sujeto y de su relación con el Otro y con el goce.

Desconexión entre Otro y goce

La noción de discurso presupone, en la teoría de Lacan, que una ley simbólica se instituye en el corazón del vínculo, produciendo como efecto una pérdida de goce. Sin embargo, los vínculos familiares en la clínica de las patologías alimentarias se presentan, en general, bajo la forma de vínculos narcisista-especulares, que sostienen una economía de goce de circuito cerrado sin mediación simbólica. En ellos al sujeto le cuesta reservarse un lugar propio, porque ante todo le cuesta reconocerse

como otro respecto de la identidad narcisista que le es asignada en el vínculo familiar. La discordia real que esta condición acaba produciéndole, inevitablemente, no toma el camino simbólico de la puesta al trabajo de una división subjetiva. Más bien adopta la forma actuada del pasaje al acto, de un tratamiento del goce que toma el camino del cuerpo como lugar de ejercicio de un dominio imposible del empuje pulsional. En efecto, la compleja y variopinta fenomenología que presentan las pacientes nos parece que encuentra un punto de unificación, más allá de las formas histéricas, en una desconexión entre el campo del Otro y el goce, que oscila entre dos posiciones extremas y especulares.

Otro sin goce y anorexia

Por una parte, sobre todo en los sujetos con anorexia mental, es frecuente encontrar del lado de la pareja parental la encarnación de una forma de vínculo que adopta para la hija los rasgos aparentes de *Otro sin goce*. Es en este marco donde puede encontrar su lugar la difusa fenomenología de la pareja de los padres de la anoréxica como unida pero vacía de deseo, desvitalizada, sólo en condiciones de transmitir a la hija un deseo muerto. Una pareja de padres de una joven anoréxica, seguidos durante algunos años, declaraba con una resignación ineluctable el fin de su vida sexual como resultado del nacimiento de su hija. En otro caso, la frase traumática que encontró una paciente en boca de su madre fue: «¡Si no hubieras nacido tú, tu padre y yo nos habríamos separado!». Frase en la que el sujeto es fijado a una responsabilidad mortal de mantener en pie un vínculo desvitalizado, condenando por ello a sus padres.

«Muertos juntos», podría ser la fórmula que condensa un principio de vínculo de muchas familias con hijas anoréxicas. Éste es un rasgo chocante en la contemporaneidad, donde la ruptura del vínculo se convierte en la respuesta más frecuente a las dificultades de sostenerlo. La escasez de divorcios en las familias de las anoréxicas es un dato que impresiona, y que ha hecho que Selvini Palazzoli, tras dedicarse a la investigación y el tratamiento de la familia de la anoréxica, formulara la tesis de un «arcaísmo» fundamental presente de manera recurrente en los sistemas familiares de estos pacientes.[34]

Es en este marco que toma cuerpo la dimensión sacrificial del Otro de la anoréxica, a menudo encarnada paradigmáticamente en la literatura clínica por la posición de la madre. Posición que se instala en la hija en la forma de un Superyó cruel que ordena al sujeto extirpar de su cuerpo el impulso deseante y no acceder a la posición de mujer. En realidad, de

un modo paradigmático en la clínica de la anorexia, el rechazo radical del goce muestra su rostro paradójico de empuje a un goce sin límite, incluso a costa de la vida. Una encarnación clínica de esta posición la he encontrado varias veces, por ejemplo, en hijas anoréxicas colocadas en el vínculo familiar en el lugar de *bastón de la vejez de la madre*.

Hacer Uno sin Otro

En realidad, el denominado arcaísmo de la familia de la anoréxica no es más que una figura posible de la familia posmoderna en su deriva extrema: *hacer Uno en el vínculo familiar sin el Otro*. Constituirse como unidad narcisista de goce, en ausencia de un vínculo simbólico deseante. En este marco, la hija no encuentra sitio en el vínculo familiar en cuanto sujeto de deseo, sino en cuanto productora de un complemento narcisista.

Por otro lado, lo que encontramos de manera más recurrente en las palabras de las pacientes, en particular en las formas bulímicas y en las obesidades, es el ordenamiento de un vínculo familiar en que el goce se presenta sin el Otro, sin diques ni velos, no suficientemente drenado por la función mediadora del significante. Por el contrario, los enunciados le llegan al sujeto como órdenes imperativas por efecto de las cuales el goce se le impone, eclipsándolo. Es el caso de una paciente mía, obesa, para quien el enunciado materno «¡Come o muere!», *vel* alienante de las patologías alimentarias, produce en ella, de niña, la respuesta de comer sin límites, sin poder detenerse.

Del goce fuera-de-discurso al goce discursivizado: el trabajo clínico con los padres

En la práctica clínica, muchos sujetos con anorexia, bulimia u obesidad, no sólo niños o adolescentes, revelan ser intratables sin incluir en la cura la intervención de los familiares. Cosa no necesaria y a menudo contraindicada en casos de histeria, donde el lugar del tratamiento es, para el sujeto, un límite a preservar a toda costa de cualquier mínimo indicio de intrusión paterna. La necesidad del trabajo con los padres es, sin duda, evidente en la mayoría de los casos de psicosis, donde con frecuencia es el sujeto mismo quien pide que tratemos a su Otro paterno, que contemos y hablemos con el padre o con la madre. Se nos solicita que regularicemos al Otro desordenado que invade al sujeto, cuyo índice es la angustia del psicótico, a menudo conectada con un reforzamiento del síntoma alimentario que, sin embargo, ya no es suficiente en esos

trances críticos para tratar el goce. La experiencia de la comunidad terapéutica es, en este sentido, emblemática de esta necesidad de hacer sitio a la palabra de los padres en la cura de la hija. Allí donde esto no ocurre, el efecto más recurrente es la interrupción del tratamiento decidida contra el equipo responsable por parte de paciente y padres. A menudo esto se produce precisamente cuando la paciente empieza a hacer algunos movimientos inéditos hacia una mayor subjetivación de la propia posición, resquebrajando así los equilibrios paradójicamente egosintónicos y estabilizadores que la enfermedad de la hija había producido en el vínculo familiar. Es precisamente en estos trances que la homeostasis narcisista del vínculo se resquebraja, y en ellos algo de la posición subjetiva de la paciente y de los padres puede aparecer, entrar en un discurso, funcionar como síntoma, abrir el espacio posible de una demanda. Este fenómeno clínico recurrente revela en plena acción la asociación entre síntoma de la hija y angustia de los padres, que debemos tratar dando lugar a ambos, interviniendo en la cura con una función de regulación simbólica de tal relación. Esto se traduce en muchos casos en la introducción del marco de una lógica discursiva en un funcionamiento familiar fuera de discurso, poniendo el funcionamiento de la institución como campo regulado donde la relación hija/padres se hace más sostenible, porque está menos pegada a los efectos mortales de la especularización narcisista. Tratar la angustia de los padres se convierte en un camino que atenúa la rigidez sintomática de la hija, abriendo espacio para una sintomatización más particularizada del sujeto.

Notas:

33. Intervención celebrada en Bolonia, en 2007, en el VII Congreso nacional de la SLP sobre «Las familias hipermodernas». Publicado en francés en *La lettre mensuelle*, diciembre de 2007, 263, págs. 16-46.
34. M. Selvini Palazzoli, *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milán, 1998, pág. 199.

4. Las nuevas formas del síntoma: potencialidad y límites de un paradigma psicopatológico[35]

Introducción

Varias veces hemos hecho referencia en nuestros escritos sobre los trastornos alimentarios al paradigma resumible en la fórmula «nuevas formas del síntoma». Aquí trataremos de poner de relieve sus raíces históricas, las características estructurales de la idea de síntoma que vehicula, y los límites dentro de los cuales nos parece que se debe enmarcar.

El paradigma de las NFS: tres tiempos lógicos

Empezaremos intentando enmarcar esta fórmula de Nuevas Formas del Síntoma (NFS), que circula desde hace muchos años en los ambientes psicoanalíticos, y en particular en los marcados por un interés por el abordaje lacaniano de los llamados síntomas contemporáneos, de los cuales las toxicomanías y los trastornos alimentarios constituyen las versiones más conocidas. Para entender el valor de la fórmula Nuevas Formas del Síntoma, en mi opinión es preciso, ante todo, no reducir su alcance al ámbito de una lectura sociológica de los nuevos síntomas. En efecto, esta teorización se propone a partir de una constatación estrictamente clínica: el hecho de que tales síntomas no se prestan en general, por diversas razones, a ser tratados en la modalidad del síntoma neurótico desplegada en la cura analítica. Veremos en detalle la especificidad de estas diferencias entre el síntoma freudiano y el denominado síntoma contemporáneo.

Pero ahora quisiéramos, ante todo, empezar dando un marco también histórico para situar esta fórmula «Nuevas Formas del Síntoma». Pienso que se la puede considerar un verdadero paradigma de lectura de la psicopatología contemporánea. Como todo paradigma que se respete, tiene su nacimiento y sus tiempos de articulación. Distinguiremos los tres tiempos internos del paradigma de las NFS.

T1 – El inicio del paradigma (finales de los años 1980-principios de los años 1990): Freda, Lecoeur y las toxicodependencias

Ante todo, conviene ir a la génesis de esta fórmula. Fue introducida a comienzos de los años 1990 por dos psicoanalistas lacanianos, Hugo Freda y Bernard Lecoeur,36 dedicados al trabajo institucional con toxicómanos. Surge de inmediato un rasgo característico de las experiencias de tratamiento de tales síntomas: el hecho de implicar, por lo general, en el proceso total de la cura, al menos durante un cierto tiempo del proceso terapéutico, el campo institucional y la inclusión de la medicina en el interior de la terapia. También por esta razón, el compromiso del psicoanálisis en este ámbito de la psicopatología no es en absoluto reducible al horizonte de la consulta del psicoanalista. Si acaso, éste entrará en liza en un segundo tiempo. En efecto, no es tanto en la forma del psicoanálisis puro como la disciplina freudiana entrará en juego en los tratamientos de estos sujetos, cuanto en la de un psicoanálisis aplicado a la terapéutica institucional, una orientación analítica de la práctica institucional. En el campo de la clínica de las toxicomanías, el trabajo de Freda y Lecoeur se orienta mediante algunas indicaciones de Lacan sobre la posición del toxicómano. En ellas Lacan, en la última fase de su enseñanza en los años 1970, ponía de relieve la naturaleza de matrimonio feliz con la droga propia la experiencia del toxicómano. Y subrayaba cómo la clínica de la toxicomanía se presenta, al mismo tiempo, para el sujeto toxicómano como una ruptura del matrimonio con el falo. El matrimonio con la droga, objeto inanimado que ofrece al toxicómano un goce sin límites, ocupa así el lugar, en su economía libidinal, del vínculo con el falo en cuanto objeto simbólico que entra en juego en la dialéctica de deseo propia de la vida sexual y amorosa. Es algo ya destacado por Karl Abraham a principios del siglo pasado: un canibalismo primario de la sustancia ocupa el lugar, en la toxicomanía, pero también en los trastornos alimentarios y el alcoholismo, del deseo sexual y del investimiento libidinal de la pareja como objeto de goce. Ante la incertidumbre de la vida del deseo, condicionada por la alteridad de la pareja, en las nuevas formas del síntoma el sujeto prefiere con mucho la certidumbre del objeto de goce inanimado.

T2 – La fórmula general de las NFS: goces sin Otro (Jacques-Alain Miller, 1996-1997)

No es, sin embargo, a Freda y Lecoeur, sino a Jacques-Alain Miller que debemos la fórmula general que nos ofrece el mínimo común denominador de las nuevas formas del síntoma. Miller la desarrolla en su curso, en 1996-1997,37 teniendo como referencias principales las toxicomanías y los trastornos alimentarios, la dependencia de la heroína

y la cocaína, por un lado, la anorexia y la bulimia, por el otro. La base lógica que está en el corazón de las epidemias de los nuevos síntomas en los países de capitalismo avanzado a partir de los años 1960 reside en la aparición de una modalidad nueva de relación del sujeto con el objeto de goce, coherente con el funcionamiento del discurso social del capitalismo tardío. Según esta modalidad, es posible gozar del objeto de manera total, sin pasar por las redes del Otro simbólico y de sus leyes que, inevitablemente, hacen de tal experiencia libidinal una experiencia ya no total, sino parcial. Con las nuevas formas del síntoma nos encontramos, pues, más allá de la enseñanza de Freud sobre el fundamento del vínculo social. Freud nos enseñó que para entrar en el vínculo con el Otro el sujeto está obligado a perder una porción de goce. Es esta experiencia la que hace sufrir al neurótico, la experiencia de la castración. En las nuevas formas del síntoma, como nos indica Miller siguiendo a Lacan, el sujeto se encierra en un goce sin el Otro, totalizador y de tendencia autista. Por eso Miller habla de un rechazo fundamental del Otro simbólico en las nuevas formas del síntoma, con particular referencia a la anorexia mental y al culto de la nada que la distingue.

T3 – El despliegue del paradigma más allá de las toxicomanías y los trastornos alimentarios

En los últimos veinte años, hemos asistido a un despliegue de esta estructura mínima de las nuevas formas del síntoma, formalizada por Miller, a otras formas sintomáticas, más allá de los confines de las tóxicodependencias y de los trastornos alimentarios. La fórmula del rechazo del Otro como estilo de relación del sujeto con el goce se ha generalizado y ha arraigado en muchos otros ámbitos de la experiencia psicopatológica contemporánea, desde el juego de azar hasta el uso compulsivo y adictivo de internet y de la realidad virtual. Cada vez más la clínica contemporánea se nos presenta como una clínica del exceso de goce, cada vez menos como una clínica del deseo y la carencia.

Síntoma freudiano y síntoma contemporáneo

Después de este breve *excursus* histórico en torno al paradigma de las Nuevas Formas del Síntoma, nos resulta más sencillo trazar una demarcación entre el ámbito propio del síntoma freudianamente entendido, el neurótico, y el síntoma contemporáneo. Sintetizaría en seis puntos esenciales su irreductibilidad:

a) División/unificación identitaria. El síntoma freudiano, es decir, el

síntoma neurótico clásico, histérico u obsesivo, divide al sujeto que es su portador. Actúa, decía ya Freud, como una formación de compromiso que deja entrever, no obstante, el conflicto del que se hace mediador entre el impulso para la realización del deseo inconsciente y lo que a él se opone. Mientras que al sujeto neurótico lo encontramos, desde la primera cita, dividido, lacerado en su ser, en las nuevas formas del síntoma lo que encontramos es, por el contrario, un individuo que se nos presenta como indiviso, unificado. Como alguien que forma una unidad con el propio síntoma, que muestra en él mismo su propia identidad.

b) Egodistonía/egosintonía. El síntoma neurótico hace daño al sujeto. Éste sufre, se queja, ya no lo soporta y por eso viene a vernos, en la esperanza de llegar hasta el fondo. Por el contrario, el síntoma contemporáneo, sobre todo en sus tiempos iniciales, se presenta como un feliz remedio, como una solución feliz. Así es evidentemente para el toxicómano y su luna de miel con la droga de la que habla Olivenstein. Así es también para la anoréxica, respecto de la cual no por casualidad Brusset ha hablado de «toxicomanía endógena», o como diríamos nosotros, de goce del rechazo. En ella, en otras palabras, el objeto tóxico, la sustancia que hace gozar, no es un objeto externo al cuerpo, sino un objeto interior, lo que Lacan llamaba el *objeto nada*. Pero también la solución bulímica se presenta al principio bajo la enseña de la solución mágica: comer todo aquello que se quiera y no engordar, a través de la estratagema del vómito, los laxantes, la actividad deportiva frenética. El neurótico se siente un sujeto enfermo, en quien hay algo que no funciona y cuya causa se le escapa. En las nuevas formas del síntoma, en cambio, está ausente o es muy precaria la percepción de la enfermedad. El sujeto es feliz con su estado y considera su condición más un estilo de vida que una forma psicopatológica.

c) Enigma/certeza. El propio síntoma no sólo hace sufrir al neurótico: constituye para él un verdadero enigma, del que se pregunta qué quiere decir. Es a partir de esta pregunta vivida como impostergable, y no sólo por el sufrimiento que produce el síntoma, que alguien decide iniciar un camino analítico. En cambio, del lado del toxicómano o de la anoréxica no encontramos, en general, el enigma respecto de la causa del propio padecimiento. Encontramos más bien en el plano descriptivo una certeza ligada al objeto de la propia pasión, la droga para el toxicómano, la comida para el obeso, el llenado y el vaciado para la bulímica, el rechazo mismo como práctica de vaciado y control extremo del cuerpo en la anoréxica.

d) Metáfora/letra. La relación del neurótico con el lenguaje y con la

propia palabra es una relación metafórica. Lo que él dice no se reduce a un enunciado en su literalidad, sino que remite a otra cosa, pone en juego otra escena en la cual se manifiesta el inconsciente como lugar de la enunciación, del querer decir del sujeto. Lo que ocurre en los diálogos con pacientes toxicómanos o anoréxicas durante largo tiempo pone de manifiesto una anestesia del alcance metafórico del lenguaje, y una reducción de la enunciación al enunciado, del decir a lo dicho. Es en este fenómeno, que hace difícil entrar en una relación efectiva con estos pacientes, donde podemos encontrar ese rechazo del inconsciente o del Otro que hemos visto que era el núcleo estructural de las nuevas formas del síntoma.

e) Demanda/solución. El síntoma neurótico se hace vehículo de una demanda que entra en juego para el sujeto en la cura. Toma su forma inicial como solicitud de ayuda, pero en la cura llega a formularse como una cuestión que implica al ser del sujeto en cuanto tal. El síntoma contemporáneo se presenta, por el contrario, como un síntoma sin demanda o con una demanda débil. Aquí, el sujeto parece no pedir nada al Otro, sino, como máximo, angustiarlo. En el caso de que se quiera hablar de demanda, ésta toma en general el camino del cuerpo. Es una demanda muda y encarnada en el cuerpo vehiculada por unos síntomas que adoptan, no tanto la forma de las somatizaciones y las conversiones (como en las anorexias y bulimias histéricas), las cuales mantienen un valor metafórico de mensaje encarnado en el cuerpo, sino más bien de prácticas de goce corporal de circuito cerrado, desconectadas del Otro y sin sentido.

f) Transferencia simbólica/ausencia de transferencia o su dimensión sólo imaginaria. Lo que permite que el trabajo con el sujeto neurótico alce el vuelo está ligado a la activación de la transferencia. Esto no se reduce a la variada fenomenología de las pasiones que experimenta el paciente en relación al terapeuta. En efecto, esta dimensión restringe la dinámica de la transferencia aplanándola en una dimensión especular e imaginaria. El resorte profundo de la transferencia, nos enseñó Lacan, viene dado por el hecho de poner en marcha un saber supuesto que se le escapa al sujeto, pero que le concierne íntimamente —su saber inconsciente—; saber supuesto que él atribuye al analista en la transferencia. En las nuevas formas del síntoma, así como la demanda está ausente y es débil, al mismo tiempo, la transferencia no se activa o, como máximo, toma una forma totalmente confinada en la dimensión imaginaria de la relación dual entre paciente y terapeuta, dejando cerrada, al menos durante largo tiempo, la puerta del inconsciente. Por eso se ha hablado de los nuevos síntomas como síntomas desconectados del

inconsciente. Síntomas en los que el sujeto se nos presenta, para recuperar una fórmula de Lacan, como «desabonado del inconsciente».

Conclusiones

Quisiera concluir esta breve intervención sobre las nuevas formas del síntoma con algunas consideraciones sobre los límites de dicho paradigma. En primer lugar, me parece importante subrayar que este paradigma debe ser tomado *cum grano salis*, es decir, sin concederle un carácter ontológico ni considerarlo del mismo modo que un diagnóstico de estructura. Pone de relieve cierto rasgo del síntoma contemporáneo, pero en la cura es preciso no olvidar nunca que ante todo siempre tenemos que lidiar con la singularidad del sujeto, irreductible a los encuadres generales. El paradigma puede servirnos, como máximo, como una puerta de entrada en el encuentro con el paciente, pero luego debemos dejarlo atrás e ir más allá, si queremos efectivamente encontrar algo.

En segundo lugar, el paradigma de las nuevas formas del síntoma no nos dice la última palabra sobre la estructura del sujeto, a menudo opaca en este ámbito de la clínica, y sobre la base de la cual en muchos casos aclararemos nuestras ideas a lo largo de la cura. Deteniéndonos en el plano diagnóstico corremos el riesgo de mantenernos en cierta confusión entre el plano del fenómeno y el plano estructural. Por tanto, no debemos considerarlo aún como un diagnóstico preciso, sino como un marco diagnóstico preliminar relativo al estilo sintomático del paciente. Tomado a partir de estos límites, el paradigma de las nuevas formas del síntoma puede ser ciertamente una brújula preciosa para orientarnos en el encuentro con la palabra del sujeto.[38]

Notas:

35. Este capítulo retoma mi intervención en la Jornada de estudios organizada por Villa Miralago en la Universidad de Insubria (Varese) el 7 de noviembre de 2014, titulada «Los trastornos del comportamiento alimentario: los *outcomes* y las curaciones posibles».
36. F.H. Freda, «La toxicomanie: un symptôme moderne», *Analytica*, 1989, 57, págs. 115-120; F.H. Freda, «Les nouvelles formes du symptôme», *Revue del l'ECF*, 05/1992, 21, pág. 85; y F.H. Freda, B. Lecoeur, «Les nouvelles formes du symptôme», *Mental*, diciembre de 1997, 4, págs. 139-148.
37. J.-A. Miller, E. Laurent, *El Otro que no existe y sus comités de ética* (1996-1997), Paidós, Buenos Aires, 2005, clase del 21 de mayo de 1997, págs. 373-379.
38. Este capítulo retoma una intervención mía en la Jornada de estudios organizada por Villa Miralago en la Universidad de Insubria (Varese) el 7 de noviembre de 2014, con el título «Los disturbios del comportamiento alimentario: los *outcomes* y las curaciones

posibles».

Segunda parte.
La comida como solución excesiva

5. La obesidad en las nuevas formas del síntoma[39]

El continente suspendido

La clínica de la obesidad continúa manteniendo, en la actualidad, su peculiar estatuto de inclasificabilidad[40] que hace en ciertos aspectos sintomáticas su presencia y su posición en el marco de la psicopatología contemporánea. Ante todo su presencia. En efecto ésta se configura en forma de una presencia ausente, al menos si tomamos como primera referencia el hecho de que no aparezca en el marco descriptivo del DSM —a diferencia de la anorexia y la bulimia— entre los síndromes relativos al campo de los *eating disorders*.[41] En su lugar, la última edición del manual ha introducido el «trastorno por alimentación incontrolada» (*Binge Eating Disorder*), que si bien por un lado suple parcialmente esta ausencia, por el otro aplaza el problema.[42] En efecto, este trastorno no funciona en absoluto como sinónimo de la obesidad. Más bien, el trastorno por alimentación incontrolada se presenta en el DSM-5, además de como un síndrome en sí mismo por primera vez, como un factor sintomático que permite diferenciar las formas de obesidad en base a la presencia o no de los elementos clínicos que lo componen.[43] En este sentido, tenemos formas de obesidad asociadas a un trastorno por alimentación incontrolada y que por tanto se pueden considerar patologías psiquiátricas, y otras formas que no presentan este trastorno. Este eje discriminativo, el control de la alimentación o, al contrario, la sensación de pérdida de control en el acto del atracón funciona, en la lógica clasificatoria-descriptiva del manual, como criterio diferencial interno de un continente, el de la obesidad, todavía por localizar y cuya geografía se presenta aún en vías de definición.

El único elemento de certeza reconocido, cuando se habla de obesidad, es el puramente cuantitativo, ligado al peso y verificable ante todo a través del cálculo del IMC (Índice de Masa Corporal), que permite al médico diagnosticar más allá de determinado umbral un problema clínico de obesidad, así como identificar su nivel de gravedad. En este sentido, en el estado actual es en el campo de la clínica médica, en particular en la nutrición clínica, donde la obesidad tiene un lugar definido del que aún carece, por el contrario, en el interior de la psicopatología.

Contribuye también a este *impasse*, como directa consecuencia, el

retorno del problema epistemológico encarnado por la obesidad como patología, en el cual la etiopatogénesis vuelve a plantear, de manera no resuelta, una controversia entre organicismo y psicogénesis que había caracterizado también en las pasadas décadas, aunque de otro modo, al debate clínico sobre el estatuto de la anorexia y la bulimia.

Como melodía secundaria a este estado de suspensión epistemológica y clínica, la obesidad se caracteriza en la actualidad por su gran difusión social, que implica ante todo a las sociedades de capitalismo avanzado, caracterizadas por la superación del problema alimentario como problema de supervivencia y por un excedente de comida en circulación continua a disposición de la mayoría de la población en condiciones de comprarla.44 Desde esta perspectiva, la obesidad está en una línea de continuidad con la anorexia y la bulimia: juntas parecen subrayar, en la tópica y en la dinámica de su difusión, el carácter históricamente determinado de estas formas de sufrimiento epidémicas que afectan directamente a la relación del sujeto con la comida, y que sólo en este sentido pueden ser definidas con rigor como psicopatologías alimentarias. Sin embargo, la clínica de la obesidad se caracteriza, al mismo tiempo, por algunos puntos de discontinuidad importantes respecto de la clínica de la anorexia y la bulimia, que es preciso destacar. En primer lugar, aunque se presenta más difusamente en las mujeres que en los hombres, la clínica de la obesidad no se caracteriza en términos epidémicos como una clínica en femenino, como es en cambio el caso, en proporciones evidentes, en la anorexia y la bulimia. En segundo lugar, la clínica de la obesidad parece que no se caracteriza, como sí ocurre en la anorexia y la bulimia, por la confrontación constante y mortal del sujeto con el ideal del cuerpo delgado. Al contrario de una patología narcisista como la anorexia, fundamentada en un ideal superyoico cruel que gira en torno a la imagen del cuerpo, la obesidad se presenta fenomenológicamente como una patología animada por un exceso pulsional devorador hacia el objeto alimentario del que el sujeto sufre porque no consigue ponerle límites. El lamento del sujeto obeso respecto de su propio cuerpo se presenta, en general, ligado al hecho de no conseguir alcanzar una condición de «normalidad» entendida como regulación normativizada del empuje pulsional a la devoración. Por tanto, quisiera perder peso por este motivo y no para encarnar, como la anoréxica, un ideal corporal que la haga especial a los ojos del Otro. Esta demarcación provisional entre patologías narcisistas del ideal hipertrófico, como la anorexia, y patologías de la desregulación pulsional como la obesidad en sus distintas formas, nos permite diferenciar más el campo de las psicopatologías alimentarias. Al mismo tiempo, nos restituye los dos ejes fundamentales —la vertiente narcisista y la

vertiente compulsiva de la desregularización pulsional hacia el objeto— a lo largo de los cuales se organizan las denominadas formas del síntoma.[45] Éstas pueden ser definidas como los modos contemporáneos de encarnación en la clínica del actual malestar en la civilización, que impregna el discurso dominante de la sociedad de capitalismo avanzado así como su difusión a través de los mecanismos de amplificación ligados al proceso de la globalización. Este malestar se caracteriza por la crisis del Otro y de su función simbólico-reguladora, y es encarnado ante todo por la crisis de la función paterna, cuyo ejercicio permitía la transmisión de la ley en el interior del discurso familiar. De hecho, cuando el ejercicio de la función simbólica se resquebraja los efectos que normalmente experimentamos en la clínica están constituidos por una amplificación de la dimensión narcisista y/o de la dimensión compulsiva en la experiencia del sujeto. Aquí trataremos de defender la tesis según la cual la obesidad en su actual difusión encarna una de las nuevas formas del síntoma, junto a la toxicomanía y la anorexia-bulimia, los ataques de pánico y las nuevas depresiones, y a la vez intentaremos delinear la especificidad que comporta.

Tres pasos preliminares para una lectura psicoanalítica de la obesidad

Una aproximación psicoanalítica a la clínica de la obesidad presupone una triple operación preliminar que se debe llevar a cabo en este campo: en primer lugar, la inscripción en la base de la patología de la función del sujeto, que singulariza cada caso llevándonos más allá de representaciones simplificadas, ideológicas y prejuiciosas; en segundo lugar, la pluralización de las formas de obesidad —las obesidades, en plural—, que nos obliga a ir más allá de una representación monolítica, y como tal imaginaria, de este campo de la patología; en tercer lugar, la incardinación del fenómeno de la obesidad en el marco de las estructuras de la subjetividad, que nos permite destacar caso por caso la función específica que el síntoma alimentario ejerce en la historia de un sujeto que lo padece.

Esta consideración preliminar constituye la premisa de este intento de exploración de los nudos cardinales localizables en el tratamiento analítico de sujetos afectados por la obesidad, y verificables en la aún exigua literatura psicoanalítica y psicopatológica existente. Ante todo, intentaremos enmarcar el campo problemático de la obesidad a partir de tres nudos sintomáticos que lo caracterizan, y que la literatura ha reconocido como centrales: a) para empezar, la obesidad entendida como patología de la oralidad; b) en segundo lugar, como patología de la

relación con el Otro; c) en tercer lugar, como patología que afecta al cuerpo en los diferentes registros de experiencia que lo conciernen.

La obesidad, patología de la oralidad

Más allá de la necesidad: la comida como objeto libidinal y como don simbólico

En los *Tres ensayos sobre teoría sexual* de 1905, Freud nos ofrece los elementos esenciales para poder enmarcar en su complejidad la relación del sujeto humano con la comida y la dinámica del acto alimentario. En primer lugar, nos muestra el carácter primordial y constitutivo de tal relación con la comida en la experiencia humana, y que no se reduce al objeto que satisfaga la necesidad de nutrición para la supervivencia del organismo. En efecto, a través del consumo de la comida encarnada en el acto alimentario, en la succión del seno por parte del recién nacido, el sujeto humano experimenta la primera forma de satisfacción libidinal-pulsional apoyándose en la función vital de la nutrición.[46]

El objeto alimentario se presenta, desde el origen, por tanto, como un objeto con carga libidinal, un objeto erotizado que satisface la pulsión oral. «Nos ha parecido —sostiene Freud— que el niño trae consigo al mundo gérmenes de actividad sexual y ya en la ingesta de comida disfruta también por una satisfacción sexual, que luego busca siempre procurarse de nuevo en la muy conocida actividad de la "succión"».[47]

Desde el origen, además, para el sujeto humano, la relación con la comida coincide con la relación con el Otro. En efecto, el encuentro con la comida forma una unidad con el encuentro con el Otro que la ofrece al recién nacido, es decir, con el Otro materno. En la práctica del amamantamiento, esta coincidencia se muestra en el estado más puro, puesto que encarna una convergencia radical entre el objeto de nutrición y la función nutridora. De hecho, el encuentro con la comida representa para el niño, como subrayará de manera clarificadora Lacan reelaborando a la luz de Freud los datos de la antropología contemporánea de Mauss y de Lévi-Strauss, el encuentro con el primer don que recibe del Otro. Y es precisamente en su estatuto de significante del Otro materno, y no en cuanto simple objeto que satisfaga la necesidad de la nutrición, que puede funcionar como señal de amor para el niño, abriéndose a su reconocimiento como sujeto de deseo y a su inscripción dentro de la dimensión de la relación interhumana y el intercambio simbólico.[48]

Por esta razón, es ante la frustración de la demanda de amor del niño, que está en el fundamento de cualquier demanda del sujeto, es ante la no

presentación de la señal de amor como significante del deseo del Otro por el sujeto, que el objeto de la necesidad, ante todo la comida, puede elevarse para él al estatuto de compensación imaginaria, a través del consumo de un objeto real, de esta frustración fundamental. A partir de esto, en la perspectiva de Lacan, podemos entender los fundamentos que nos permiten leer las versiones neuróticas de las psicopatologías alimentarias y, por tanto, más allá de la bulimia, también el campo de la obesidad neurótica.[49]

En el marco de esta complejidad de registros implicados en el acto alimentario —la necesidad, el deseo, la satisfacción libidinal-pulsional— lee y encuadra la perspectiva del psicoanálisis las indicaciones provenientes de los sujetos que padecen lo que el DSM define como trastornos del comportamiento alimentario. Freud ya nos ofrece una indicación precisa, cuando subraya que «la posesión compartida de la zona labial por las dos funciones —la sexual oral y la alimentaria— es la razón por la que se obtiene satisfacción sexual en la ingesta de comida», llegando a la conclusión de que «este mismo factor nos hace entender los trastornos en la ingesta de comida cuando las funciones *erógenas* de la zona común son perturbadas».[50] De este modo anticipa las bases para una teoría psicoanalítica de las psicopatologías alimentarias basada en la estructura libidinal-pulsional del sujeto.

Desregulación de la pulsión oral, fijación libidinal precoz y patología de dependencia: la psicopatología de exceso alimentario en Abraham

El primer eje de lectura de la obesidad en el marco de la clínica psicoanalítica se remonta a Karl Abraham, y estructura la tesis fundamental de la obesidad como patología de la oralidad. En la articulación evolutivo-estadial de su edificio psicoanalítico, Abraham toca aquí una encrucijada estructural de la clínica de la obesidad: su constitución como una clínica de la desregulación de la pulsión oral que compromete de manera evidente la experiencia alimentaria del sujeto, arraigándose en la primerísima organización oral-canibalística de la libido. En ella, «la sexualidad no está aún separada de la ingesta de comida».[51] En particular, en sus «Investigaciones sobre el primerísimo estadio evolutivo pregenital de la libido», de 1916, donde retoma y profundiza el surco trazado por Freud en los *Tres ensayos*, Abraham introduce una nítida distinción entre hambre fisiológica y «hambre neurótica», describiendo en estos términos las características de esta última: «aparece de forma del todo independiente del estado de llenado del estómago», «surge a intervalos irregulares» e «irrumpe como un ataque y con tormentosos fenómenos concomitantes, ajenos a la normal

necesidad de nutrirse», en particular con «sentimientos de angustia».[52]

En la lectura abrahamiana, la búsqueda constante del exceso alimentario es el efecto traducido en la realidad de una regresión del sujeto a una fijación libidinal en el estadio oral-canibalístico, que lo ha caracterizado precozmente desde su primera infancia, y que encuentra en el mecanismo psíquico y en la práctica de la incorporación su forma más intensa de satisfacción.[53] Regresión que se reactualiza de manera particular, en la experiencia del sujeto, ante situaciones de frustración de su vida que lo hacen sufrir, a las que responde a través de la práctica compulsiva sustitutiva de un hiperconsumo de comida. El encuadre de Abraham nos presenta los elementos esenciales para una articulación de una lectura psicoanalítica del problema, en la medida en que analiza tres puntos esenciales para una teoría clínica de la obesidad: a) inscripción del trastorno alimentario en el registro pulsional, bajo la forma de una desregulación excesiva del funcionamiento primario de la pulsión oral, b) lectura de la obesidad como respuesta inconsciente, automática, «espontánea» del sujeto a algo que lo frustra en su experiencia de satisfacción y que lo reconduce, vía regresión, a la fijación libidinal oral de la primera infancia a la que ha permanecido ligado; c) inclusión del sujeto que padece constantemente de hambre excesiva en el interior de un tipo de personalidad dependiente, caracterizada por un déficit de separación del objeto primario, por una inhibición de fondo de la pulsión sexual que conduce a no implicarse libidinalmente en la relación con el otro, privilegiando el goce autista aportado por la sustancia como objeto de la pulsión oral y por la práctica de la succión.[54]

En este sentido, Abraham abrió la puerta a una lectura de la obesidad como patología estructurada sobre el doble registro del exceso pulsional y la dependencia patológica del objeto oral, que en última instancia está constituido por el seno como objeto parcial ligado al cuerpo del Otro materno. Así abrió el camino a una inscripción de las patologías por exceso de alimentación, junto al alcoholismo y a la toxicomanía, en el marco de las dependencias patológicas. En efecto, afirma Abraham, «el comportamiento de tales enfermos, que sienten deseo de comer muy frecuente y sufren tormentos si su anhelo no es satisfecho, recuerda por otra parte de manera sorprendente al de los morfinómanos y de algunos alcohólicos. En relación con estos estadios el psicoanálisis ha podido experimentar que la sustancia tóxica embriagadora procura al enfermo una satisfacción sustitutiva de actividades frustradas de su libido. El hecho de *comer* de manera excesiva, propia de algunos neuróticos, que tiene lugar bajo una compulsión morbosa, debe ser valorada del mismo modo».[55]

La obesidad entre hiperfagia y trastorno por alimentación incontrolada (Binge Eating Disorder)

Para profundizar en el cuadro clínico de la obesidad como patología de la desregulación de la pulsión oral, me parece oportuno aumentar la complejidad de esta definición a la luz de cuanto nos proporciona la clínica descriptivo-clasificatoria del DSM-5. De ésta, como se ha dicho, parece emerger una demarcación, en el campo de la obesidad, entre hiperfagia y trastorno por alimentación incontrolada o BED, por sus siglas en inglés (*Binge Eating Disorder*). Demarcación que, si es interrogada desde la perspectiva del psicoanálisis, abre una aporía clínica que crea una dialéctica fecunda dentro del campo fenoménico de la obesidad, que pluraliza sus formas rompiendo con cualquier supuesto monolitismo imaginario de esta patología.

Como se sabe, la definición ofrecida por el DSM-5 del trastorno por alimentación incontrolada se caracteriza por la centralidad de la presencia recurrente de atracones, sin pasar regularmente, a diferencia de lo que ocurre en la bulimia, a conductas compensatorias (vómito autoinducido, uso de laxantes y/o diuréticos, ayuno o excesivo ejercicio físico). Pero, para que pueda haber diagnóstico de BED, es necesario verificar la presencia en el atracón de dos características: a) comer en un período de tiempo circunscrito —como mínimo una vez a la semana durante un período de al menos tres meses, para las formas más leves— una cantidad de comida indiscutiblemente superior a la que comería la mayor parte de las personas en el mismo período de tiempo y en circunstancias similares; b) sensación de perder el control en el acto de comer.

Esta definición del atracón en el corazón del trastorno BED se construye, pues, sobre la puesta en tensión entre un exceso de desregulación en el acto de consumo alimentario y una sensación de pérdida de control simultánea al mismo acto. Tensión que sólo encontramos de manera regular, según la literatura del sector del área cognitivo-comportamental (Fairburn y Wilson, 1993), en el 30% de los sujetos con problemas de obesidad que se someten a un tratamiento. El restante 70% se caracterizaría, pues, por sufrir de formas de obesidad en las cuales un efectivo hiperconsumo alimentario no está unido a la sensación de pérdida de control y para las cuales se habla más propiamente de hiperfagia.[56]

Esta demarcación entre obesidad con BED y obesidad hiperfágica se vuelve interesante cuando la interrogamos remitiéndola al marco de la perspectiva psicoanalítica sobre la obesidad, como patología de la desregulación de la pulsión oral que responde a un problema de

dependencia patológica, de déficit de separación del sujeto respecto del objeto de la satisfacción primaria de la pulsión oral. Esta operación permite poner de relieve de manera preliminar dos formas fenoménicas que la respuesta-obesidad puede asumir, en relación al problema de la dependencia del objeto primario de la pulsión oral. Formas que en un plano fenomenológico podemos reconocer también a la luz de nuestra experiencia de dirección de tratamientos analíticos individuales y de grupo con sujetos obesos en instituciones. En primer lugar, la obesidad hiperfágica, que encarna la paradoja de una *patología de desregulación pulsional que parece estructurarse en forma de un sistema de control*. En efecto, en ella no prevalece la sensación de pérdida de control en el acto del atracón como ocurre en la obesidad con BED. Al contrario, la hiperfagia encarna una manifestación de la obesidad que se presenta con rasgos de dominio, de control absoluto sobre el objeto. A su manera, la hiperfagia eleva la desregulación alimentaria al estatuto de norma, proponiendo una versión ordinaria, «planificada», de sistema, aparentemente sin disidencia, de la obesidad. En esta versión hiperfágica, la obesidad se presenta, sorprendentemente, como el revés especular de la anorexia: una modalidad inflexible —aplicada, por un lado, a través de la devoración, por el otro, a través del rechazo más radical— de ejercicio de un control sistemático sobre el Otro y sobre el objeto de la pulsión.57 En efecto, si bien se encuentran en las antípodas respecto al modo de ejercicio del poder que su patología encarna, así como del que se experimenta en el marco del tratamiento, ambas convergen, como subrayaba Hilde Bruch, en su funcionamiento como formas singulares de dominio: la hiperfagia en el modo de la asimilación, la anorexia en el modo de la sustracción. No por casualidad, una egosintonía fundamental, un apego especial al propio síntoma parece caracterizar a ambas, a diferencia de cuanto podemos hallar en la más dilemática condición de los sujetos que sufren de bulimia y de trastorno de alimentación incontrolada.

Control y pérdida de control en la clínica de la obesidad

En efecto, la versión BED de la obesidad encuentra el elemento lacerante que la caracteriza precisamente en el punto sobre el que la obesidad hiperfágica construye, por el contrario, la propia estabilización: el atracón como pérdida radical del control, como precipitación en el acto alimentario, como crisis sin freno, como caída en la devoración incontenible. En este sentido, está bien que se asigne al BED la definición de «síndrome de descontrol»:58 la pérdida de dominio en el momento del atracón, pero también los continuos fracasos en los intentos periódicos

de someterse a dieta y de perder peso, hacen de ella, quizá más que de la bulimia, la forma de los *eating disorders* más egodistónica. No por casualidad a menudo está relacionada, en la historia de los sujetos que la sufren, con la presencia de una depresión atípica, caracterizada por humor reactivo, alimentación y sueño excesivos y grave fatiga.

La obesidad, revés de la anorexia: negación de la pérdida por medio de la incorporación

Una observación hecha por el psicoanalista kleiniano-bioniano Grinberg sobre la obesidad y la compulsión alimentaria nos permite precisar el estatuto de la obesidad con trastorno de alimentación incontrolada respecto de la versión hiperfágica: el acto de incorporación repetida de la comida funciona como mecanismo inconsciente de negación de la pérdida del objeto, es decir, del otro de sí mismo.[59] La dinámica inconsciente en la base de la clínica de la obesidad se presenta, pues, podríamos decir, como el revés de la dinámica anoréxica. En efecto, en su base no está la vía anoréxica de la negación de la pérdida a través del rechazo del objeto. Precisamente, al contrario, la vía obesa sigue la ley de la negación de la pérdida vía incorporación del objeto. Tanto el rechazo como la incorporación hiperfágica funcionan como modos de negación de la pérdida estructural del objeto mítico de la primera satisfacción. A través del rechazo radical de la comida, como también del Otro, la anoréxica estructura la negación de la pérdida del objeto a través de su eliminación imaginaria. En este sentido, construye la propia posición edificando una falsa dialéctica, una pseudo separación del Otro resumible en la eficaz fórmula empleada por Recalcati en la clínica de la anorexia: separación contra la alienación.[60] En la vertiente de la obesidad, la variante hiperfágica se estructura, en cambio, a través de la edificación de una igualmente falsa dialéctica que toma la forma imaginaria de un *dominio de la alienación vía incorporación-devoración.* En este movimiento, que no por casualidad Abraham quiso definir como regresivo al estadio precoz de la pulsión oral-canibalística, el sujeto hiperfágico reduce sistemáticamente la alteridad del objeto al Uno del origen, la alineación constituida por el objeto que se incorpora cada vez en el origen constituyente de la boca incorporadora-devoradora. Este proceso real hace problemático el paso del sujeto al segundo tiempo de la separación, puesto que éste presupone por su parte el reconocimiento del primer tiempo de la alienación como algo no dominable, en lo que experimenta la pérdida.

El circuito hiperalimentación/depresión

Este cuadro reconocible en el interior de la vertiente hiperfágica de la obesidad es radicalmente subvertido en la condición del trastorno de alimentación incontrolada. En efecto, este último encarna el fracaso de la solución hiperfágica al problema de la pérdida del objeto de la pulsión. En el BED se invalida la solución que estructura en el atracón regular un sistema de control que reduce metódicamente la alteridad del objeto *a* la mismidad del Uno, a la boca como órgano de la pulsión oral, zona erógena primaria que no acepta que el objeto salga de la propia órbita originaria. En efecto, el atracón en el BED no funciona como estrategia de dominio de la alienación. Exactamente al contrario, se convierte para el sujeto en el momento en que la alienación se manifiesta más agudamente en la sensación de pérdida de control. En el atracón se siente devorado por el objeto, empujado irresistiblemente a comerlo, y en este movimiento no se vive como dueño del propio acto, sino al contrario como esclavo de un apetito ingobernable. En el sujeto que sufre de BED hay, pues, un reconocimiento del primer tiempo de la alienación, implicado en el atracón como pérdida de control sobre el despliegue de la pulsión oral hacia el objeto. Esta dinámica es lo que hace fracasar sus intentos frecuentes de seguir dietas que le permitan devolver el peso a un umbral de normalidad. En este circuito de funcionamiento desregulado de la pulsión oral, la dimensión depresiva emerge, al mismo tiempo, como resultado del atracón y como factor que impulsa al sujeto a un nuevo recurso a la hiperalimentación como tratamiento antidepresivo, dibujando así un círculo vicioso entre desregulación pulsional en el acto alimentario y manifestación depresiva ya intuido por Karl Abraham.[61] Es, por lo general, en esta particular articulación ciclotímica donde el impulso irresistible al atracón se alterna con el estado depresivo, que el trastorno de alimentación incontrolada organiza su lógica de funcionamiento. En éste emerge claramente el *impasse* del sujeto: el reconocimiento de la propia alienación interna en el primer tiempo del atracón no se resuelve para el sujeto en el paso a un segundo tiempo caracterizado por una maniobra de separación. Al contrario, la apertura de la experiencia depresiva funciona allí no como preliminar de un proceso de separación simbólica del sujeto del empuje pulsional devorador que lo abruma, sino más bien como factor que lo reinscribe trágicamente en la misma alienación originaria en la que se ha sentido abrumado, como vía compulsiva de tratamiento de la depresión.

¿Una alienación sin separación? Fenómeno y estructura en la clínica de la obesidad

Evidentemente, para el psicoanálisis en sí la obesidad, cualesquiera que

sean las formas fenoménicas en que se presente, no se diagnostica a sí misma. De hecho, no podemos situarla en el plano clínico si no sabemos en el marco de qué estructura subjetiva se manifiesta y cuál es, por tanto, su función específica. Por esta razón, la desregulación de la pulsión oral que la caracteriza, en las diferentes formas en que se manifiesta a través de la práctica del atracón, debe ser puesta en relación con el vínculo que el sujeto que sufre de obesidad estructura con el Otro. De este modo se podrá comprender la función específica y el carácter de «solución», aunque sea patológica, propio de la obesidad y de la desregulación pulsional que comporta, solución basada en una respuesta inconsciente del sujeto.

Con este fin, nos parece esencial, ante todo, poner de relieve tres nudos —la alienación de la demanda del Otro, el rechazo del deseo y el circuito autista del goce oral— que caracterizan transversalmente a la clínica de la obesidad, para luego tratar de situar el funcionamiento diferencial en las diversas estructuras clínicas.

Alienación radical ante la demanda del Otro

En primer lugar, las historias clínicas de los sujetos que sufren de obesidad se caracterizan por poner de relieve una relación particular del obeso respecto de la demanda del Otro: *una relación de alienación radical ante la demanda del Otro*, donde el sujeto parece eclipsarse en el intento de responder. En efecto, en la obesidad, el sujeto se presenta, en general, sometido a la demanda del Otro, a menudo en una posición sacrificial y oblativa. Demanda que en las historias clínicas suele corresponder ante todo a la demanda materna: el sujeto obeso se presenta, ante todo, en una posición de sumisión radical respecto de la demanda de la madre, que le llega en la forma de una orden superyoica a la que no puede evitar obedecer. En efecto, el paciente obeso no puede decirle que no, así como no puede decir no al empuje sin límites al hiperconsumo de comida. Está alienado ante la demanda del Otro, así como está alienado ante el empuje irresistible al atracón.

Rechazo del deseo

Junto a esta operación de alienación encontramos, por lo general, en la experiencia clínica con pacientes obesos una operación simultánea, menos aparente, que representa su reverso y que se deriva de la relación del sujeto con el deseo. En efecto, la otra cara de la alienación radical a la demanda del Otro está representada en la clínica de la obesidad por el *rechazo del deseo* —que puede asumir las formas de la evitación, de la

negación o del rechazo propiamente dicho, según las estructuras clínicas — como función que singulariza la posición del sujeto ante las decisiones fundamentales de su existencia. Y, de hecho, el reverso de su ser «todo para el Otro», del propio ser radicalmente permeable a la demanda del Otro, consiste precisamente en el eclipse del propio deseo singular: este ser para el Otro, su sustancial y extrema disponibilidad a la demanda del Otro, libera al sujeto de la responsabilidad de la decisión de lo que quiere, de la asunción de su deseo particular. En la clínica de la obesidad, *el deseo del sujeto es absorbido, incorporado a la demanda del Otro*, se pierde en el interior de tal demanda que lo devora. Por eso, en momentos cruciales de su existencia en que se encuentra ante una encrucijada en la que su decisión subjetiva se obstaculizaría o se opondría a la demanda del Otro, tiende a dejar caer el propio deseo con tal de no sentir el desacuerdo con la demanda del Otro. Una paciente mía obesa lamentará toda la vida no haber podido, ante la elección de su carrera, no haber tenido el valor siquiera de decir a sus padres que no quería seguir estudios de derecho, como ellos querían, sino que habría deseado estudiar arquitectura. Se licenció en leyes sin rechistar o dar señales de sufrimiento explícito, «tragándoselo todo», mientras su síntoma alimentario, presente desde la infancia, empezaba a agravarse. Una paciente, ya anciana, trajo desde los primeros encuentros, junto al problema de la obesidad, una vicisitud traumática de su vida en la que, a consecuencia de la separación de su marido, le «quitaron», son sus palabras, a su hija aún pequeña, que fue confiada a la familia del marido. El punto crítico de su relato se sitúa en un episodio en que la señora, bajo la presión continua de los familiares de su marido y de su mismo marido, sometida a los procedimientos judiciales ligados a la custodia, decidió —no de manera consciente—, en un momento dado, de repente, «rendir las armas», adoptando una posición de poca fiabilidad ante las preguntas del juez, que confiará de este modo a su hija a los abuelos paternos. Ya no volverá a verla, apenada por no haber hecho en aquella situación todo lo posible para tenerla con ella.

Un hombre de mediana edad con notable obesidad, en tratamiento individual, cuenta en la sesión una encrucijada crítica para él. Al comienzo de su actividad laboral, ante una falta de dinero en la empresa familiar, su padre le preguntó si no había sido él quien había perdido o sustraído aquel dinero. El recuerdo para él traumático consiste en el hecho de que, ante la insistencia de la pregunta paterna, en un momento dado, él llegó a acusarse de algo que no había cometido, me dijo, «con tal de acabar con aquella historia».

En algunos casos, estas encrucijadas son posteriores a las coyunturas de inicio de una demanda de cura. Es el caso de una joven que empezó la

terapia como consecuencia de un aborto que llevó a cabo sin quererlo para responder a la solicitud de su marido, que no quería tener un hijo. El efecto fue doble: el agravamiento del síntoma alimentario y la aparición de un sentimiento de culpa devastador que la condujo a empezar un tratamiento.

Evitación del conflicto como vía para preservar la omnipotencia imaginaria del Otro

Estos ejemplos clínicos ilustran perfectamente un rasgo ya destacado en la literatura respecto de la clínica de la obesidad, y que ha sido definido en el marco de la teoría sistémico-relacional como una tendencia evidente en gran parte de los sujetos obesos a la *evitación del conflicto*. Esta dinámica, que a menudo asume el aspecto de una docilidad aparentemente sin desacuerdo, revela ser sostenible mediante una *doble compensación* que el sujeto obeso encuentra en ella. Por un lado, le permite mantener y *preservar la integridad imaginaria de un Otro omnipotente* que lo garantiza, el Otro materno como nodriza inagotable que provee cuanto necesita el sujeto. De ahí el rasgo infantil propio del modo en que el obeso estructura la relación con el Otro, que no por casualidad hallamos en esta patología, a menudo originada precisamente en la infancia. En efecto, en la obesidad el sujeto tiende a adoptar la posición de objeto de la demanda del Otro, en particular del Otro materno, como ocurre con el niño, que remite al Otro la responsabilidad de las decisiones que le conciernen. Esto, por lo general, en las historias de los pacientes obesos es sostenido en la realidad por una madre que encarna efectivamente para el hijo tal posición de dominio sustancial, en que la demanda materna contiene ya en sí la anticipación de las respuestas que el hijo podrá buscar. En esta lógica, la omnipotencia alienante de la demanda materna no es más que la vertiente significante de todo lo que encontramos por el lado de la desregulación libidinal de la pulsión oral que se apodera compulsivamente del sujeto en la clínica de la obesidad. Como enseña Lacan, la estructura de la pulsión incluye en su interior el significante de la demanda inconsciente, como elemento que vectorializa, que da una dirección de imperativo (lo que Lacan llama S_1) al empuje pulsional del sujeto. En este sentido, hay un anudamiento verificable en la clínica de la obesidad entre la alienación significante del sujeto a la demanda del Otro materno y la alienación libidinal de la desregulación de la pulsión oral al objeto alimentario.

Preservar la omnipotencia imaginaria de la demanda del Otro permite al sujeto evitar, en la clínica de la obesidad, el encuentro con la castración materna, con la ausencia de garantía que estructura el campo

del Otro y, por tanto, con la pérdida del objeto mítico de la primera satisfacción: la mítica madre fálica, llena de ser, sin carencias. En este sentido, la clínica de la obesidad es una clínica de la evitación del conflicto, porque el conflicto amenaza con poner en cuestión la omnipotencia del Otro y la responsabilidad del sujeto respecto de su propia posición. Evitar el conflicto se convierte así en una vía para evitar el trauma del encuentro con la castración del Otro, la pérdida de su omnipotencia imaginaria, y la devolución al sujeto de la responsabilidad del propio deseo.

En otras palabras, evitar el trauma del encuentro con la castración materna permite al sujeto continuar eludiendo la cuestión del propio deseo como elección no garantizada por la demanda del Otro, pero cuyo riesgo asume.

El circuito de goce autárquico de la hiperalimentación

En tercer lugar, esta evitación se hace sostenible para el sujeto en la obesidad gracias a la compensación libidinal ofrecida por la hiperalimentación. De hecho, ella le permite soportar los efectos alienantes del dominio imaginario del Otro sobre él, a través de la *construcción de un circuito de goce autárquico ligado a la devoración de comida*, que tiene la ilusión de poder gobernar él solo sin tener que pasar a través del vínculo con el Otro.

En efecto, no es casual que muchos sujetos que sufren de obesidad y que muestran rasgos de sumisión sin conflicto al Otro, como se manifiesta en varias historias clínicas, desencadenen una agresividad desmesurada en el momento en que se les toca —sustrae, reduce— el objeto en torno al que construyen su compensación libidinal, es decir, la comida. Este dato clínico nos revela la sustancial ambivalencia que caracteriza a la relación de los sujetos obesos con el objeto alimentario, por un lado, fuente de alienación irresistible, de la que se lamentan, por el otro, objeto de compensación irrenunciable, que los hace gozar. El consumo de la sustancia alimentaria en la obesidad se diferencia de lo que experimenta el sujeto bulímico. Para este último el goce está ligado a la dinámica del llenado/vaciado del cuerpo de las sustancias alimentarias, pero la comida como tal permanece en una condición de objeto, en general, indiferenciado. Será la eficacia del tratamiento la que devuelva al sujeto bulímico la posibilidad de experimentar de nuevo la satisfacción libidinal ligada al acto de comer determinados alimentos. En el discurso de los pacientes obesos, al contrario, el objeto comida se manifiesta libidinalmente como objeto de satisfacción y de placer. Pero esta satisfacción es superada, en el acto alimentario, por la exigencia

imperativa del consumo desbordante, del llenado del estómago como vía imaginaria de saturación, a través del consumo real del objeto comida, de las experiencias de frustración. Como estrategia compulsiva de negación de la pérdida y de la imposibilidad de dominar la relación con el Otro que experimentan inevitablemente en su vida.

Ambivalencia pulsional en la clínica de la obesidad: vertiente binge *y vertiente hiperfágica*

La ambivalencia pulsional que hemos puesto de relieve en la experiencia clave del atracón, nos restituye en una nueva forma los datos que nos proporciona la clínica descriptiva del DSM-5, cuando aísla el trastorno de alimentación incontrolada del marco hiperfágico de la obesidad. En efecto, en la clínica de la obesidad coexisten anudados en la misma experiencia pulsional una vertiente *binge* de la hiperalimentación como alienación y pérdida de control, y una vertiente hiperfágica en la cual la hiperalimentación se presenta como compensación imaginaria de la alienación a la demanda del Otro, realizada precisamente a través del control vía incorporación del objeto comida. La sumisión radical del sujeto a la demanda del Otro es así equilibrada en el plano imaginario por su dominio del objeto. Muchas historias clínicas de pacientes obesos presentan esta división por partida doble: por un lado, una vida de relación en la que la respuesta a la demanda del Otro los absorbe por completo; sin que esto los implique en la construcción de un vínculo de deseo con el otro; por otro lado, la soledad recurrente del atracón en la que el Otro está fuera de juego y predomina el ejercicio de un goce autista.

Una alternativa a la angustia: la dependencia de la sustancia

En efecto, el sujeto obeso tiende a obturar la angustia a través de dos operaciones indisociables. La primera operación es sobre el Otro y consiste en el rechazo o en la desconexión. Este punto no siempre está claro con los sujetos obesos, porque se presentan fenológicamente, por el contrario, como sujetos a menudo extremadamente permeables al Otro, oblativos y disponibles. Pero el Otro al que responden es el Otro de la demanda, mientras que el Otro que rechazan, que no soportan, es el Otro del deseo, al cual cierran las puertas espantados.62 De ahí su dificultad especial para comprometerse efectivamente en una relación transferencial en el trabajo de la cura.

La segunda operación es sobre el sujeto de la dependencia, y se realiza en el consumo irrefrenable y constante de comida. En efecto, en

la obesidad, la devoración indiscriminada que el sujeto pone en práctica con la comida es el reverso especular de su adhesión oblativa, pero a menudo vacía, a la demanda del Otro, y a la vez constituye, por tanto, una variante de la misma lógica de funcionamiento estructurada sobre la dicotomía todo/nada. Lo demuestra el hecho de que, en el momento crítico del atracón, la demanda del Otro del que el sujeto se hace siervo se elide produciendo una desaparición del Otro mismo que deja el campo a un goce sin obstáculos. Por tanto, la oscilación fundamental que atraviesa la clínica de la obesidad viene dada por un sometimiento sacrificial del sujeto a la plenitud de la demanda del Otro, compensado por momentos periódicos de desconexión del Otro cuando el sujeto se eclipsa en la experiencia de goce del atracón. En ambos tiempos de esta oscilación cíclica, es la operación de puesta de relieve del sujeto como deseante, su singularidad, efecto de la regulación simbólica de su goce, con la angustia que esto comporta, lo que aquí es evitado de cualquier manera. En efecto, precisamente en tal forma de adhesión indiscriminada, sea a la demanda del Otro, sea al impulso de la devoración, se manifiesta en la clínica de la obesidad la forma principal de evitación de una elección, de una discriminación y de una decisión que lleve al sujeto a experimentar una pérdida como condición estructural de una afirmación de un vínculo de deseo. En este caso, y más generalmente en las psicopatologías alimentarias, la otra cara del «delirio de autonomía» que el sujeto nos presenta, el reverso de su intento de mantenerse autárquicamente a distancia de un vínculo que lo involucre efectivamente —que experimentamos continuamente también como terapeutas en la relación transferencial con estos pacientes— es la dependencia real de un Otro, por lo general el Otro materno, que preserva para el sujeto la marca de la omnipotencia que él siente como ilimitada, y de la cual no consigue separarse simbólicamente.

Dimensión depresiva en la clínica de la obesidad

La clínica de la obesidad está atravesada, como en su trasfondo, por la presencia de la experiencia depresiva. No es casual que, por lo demás, la asociación entre obesidad y depresión haya sido destacada como significativa también en los estudios epidemiológicos, en particular, en las denominadas formas de obesidad con trastorno de alimentación incontrolada. En el marco de nuestro discurso, es importante situar las formas y la función del afecto depresivo, en relación con la estructura del sujeto que sufre de obesidad. Estructura que en psicoanálisis se dibuja, según la indicación de Lacan, en la relación del sujeto con el Otro y con el goce. Desde esta perspectiva, la experiencia clínica nos muestra que la

presencia de la dimensión depresiva corta transversalmente los marcos de las estructuras clínicas de los sujetos obesos. Es interesante tratar de descubrir las modalidades de manifestación de la depresión en la clínica de la obesidad, puesto que ellas nos enseñan algo relevante también respecto de la función que la «solución obesidad» asume en la historia del sujeto. En primer lugar, la experiencia nos enseña que *el afecto depresivo se manifiesta de manera omnipresente, cuando la solución compensatoria ligada a la hiperalimentación es desmantelada o se fisura en la vida del sujeto*. Esto surge ante todo en el marco de los tratamientos terapéuticos de tipo médico, es decir, se revela a menudo a continuación de dietas o tratamientos nutricionales, o como resultado de intervenciones quirúrgicas en el abdomen, frecuentes en los tratamientos médicos de la obesidad a los que el sujeto se ha sometido para adelgazar. El efecto depresivo de estas intervenciones a las que el sujeto obeso se ha sometido nos revela una función que la hiperalimentación y más en general la obesidad desarrolla en la vida del sujeto: tratar la alienación radical del sujeto a la demanda del Otro, evitando que el sujeto caiga en la alternativa especular del abismo de la depresión como única respuesta posible para hacer frente a la desaparición del Otro. En efecto, es ante este ultimátum paradójico que a menudo el sujeto se encuentra inmerso en la clínica de la obesidad: o ser devorado por la demanda del Otro —compensando esta devoración alienante con la hiperalimentación como devoración del objeto comida—, o ser abandonado por el Otro, ser dejado caer por el Otro. Abandono respecto del cual el sujeto tiende a responder depresivamente, suspendiendo el trabajo de duelo, negando la pérdida, y en particular en las psicosis melancólico-depresivas, como indica Freud en *Duelo y melancolía*, incorporando el objeto amado en el Yo.[63] Al respecto, Karl Abraham captó efectivamente el punto de intersección estructural que liga la clínica de las psicopatologías alimentarias a la clínica de la depresión, percibiendo en el mecanismo de la incorporación oral-canibalística del objeto el punto de convergencia libidinal que los anuda.[64]

De hecho, el atracón recurrente en la obesidad produce en el sujeto el efecto de suspender puntualmente el vínculo con la demanda del Otro, para poder reencontrarlo «revitalizado» por el goce del consumo de la sustancia alimentaria. En este cuadro, la obesidad revela ser un tratamiento espontáneo de la depresión, que sustituye una desconexión estática y constante entre sujeto y Otro —la de la parálisis depresiva— por una desconexión localizada, puntual y dinámica, la del atracón.

Por esta razón, el efecto a corto y medio plazo de un tratamiento que desmantela la obesidad dejando así el campo libre a la extensión del afecto depresivo es, en general, el de una reanudación, después de poco

tiempo, de la hiperalimentación del sujeto como modalidad de compensación en una forma incluso amplificada. El mismo efecto fallido es producido por las psicoterapias que tratan la obesidad centrándose en el trastorno alimentario y su desmantelamiento, como honestamente reconocen los más acreditados expertos en el sector del área cognitivo-comportamental.[65] El efecto típico que se produce en este tipo de situación, en el marco de la terapia, viene dado por el paso al acto repentino de la interrupción de la terapia, como una forma de traducir en la realidad el propio sentirse desconectado del Otro. También esta operación oscila entre dos polaridades. Por un lado, el sujeto, sin la compensación de la sustancia alimentaria y de lo que para él implica, experimenta la alienación a la demanda del Otro como un «ser devorado por el Otro» sin salvación, y el único modo que halla de responder a ello es pasar al acto en la realidad con la ruptura del vínculo terapéutico y la clausura depresiva. Por otro lado, la suspensión de la compensación alimentaria vuelve a poner al obeso en manos de otro sin ley que, así como puede devorarlo en la propia demanda, también puede abandonarlo, olvidarlo y eclipsarse. Es el recuerdo de una paciente obesa cuya madre, cuando ella era niña, abandonó sin decir nada la casa dejando la puerta abierta presa de una crisis de melancolía aguda, y fue encontrada al día siguiente en una estación de metro.

Ahora bien, podemos afirmar que en estos casos, caracterizados por una alternancia casi ciclotímica entre momentos de hiperalimentación y momentos de caída depresiva, no hay cura de la obesidad sin tratamiento de la depresión subyacente. Depresión que responde a una dificultad de fondo inherente a la relación del sujeto con el Otro y que no puede ser tratada, por tanto, limitándose a la intervención psicofarmacológica como sustituto de la alimentación excesiva. El problema que debemos afrontar en un tratamiento de la obesidad analíticamente orientado, consiste en cómo introducir un límite a la alienación del sujeto a la demanda del Otro, que ya no se reduzca a la compensación compulsiva ligada al consumo del objeto comida, sino que se presente en la forma de un dique simbólico. Esto comporta experimentar, en el curso de la cura, una transformación cualitativa del afecto depresivo en respuesta a la introducción de un límite en el Otro, que en la obesidad neurótica abre al encuentro traumático con la castración y la división subjetiva, produciendo una experiencia de pérdida de goce. Es la subjetivación radical en la cura de esta experiencia de pérdida fundamental la que hace posible, ante todo, al sujeto obeso, en la neurosis, la decisión de empezar a perder peso y de querer hacer una dieta. En efecto, la pérdida de peso, en la clínica de la obesidad neurótica, es efectiva y duradera si se comienza por la aceptación por parte del sujeto de la pérdida del

objeto de la primera satisfacción. Ciertamente, son vanos los intentos de perder peso de manera estable en la clínica de la obesidad cuando son producidos en respuesta a la demanda del Otro: «¡Debes comer!». Por el contrario, es a menudo en respuesta a esta demanda-imperativo que precisamente la obesidad neurótica, en particular en la histeria, amplifica la consistencia del síntoma como puesta a prueba del amor del Otro por el sujeto más allá del estado del propio cuerpo, convertido en indeseable.

Una cura analítica de la obesidad neurótica supone el paso en el sujeto, de la depresión cadaverizadora de la alienación en ausencia de separación, a una depresión que se configura, al revés, como efecto del completamiento del proceso de separación con su doble efecto: aceptación de la pérdida de objeto a través del trabajo del duelo y nueva erotización del cuerpo en torno a la función del objeto causa de deseo. Claramente en las obesidades psicóticas el sujeto no puede realizar este segundo paso, y también por esta razón es preciso prestar particular atención a la hora de evitar desmantelar la compensación ofrecida por la patología alimentaria. Más bien, estamos llamados a añadir puntos de compensación y de suplencia con los que acompañar esa compensación proporcionada por el alimento, con el fin de reducir los excesos patógenos de la obesidad, pero sin perder sus efectos de estabilización en el sujeto.

Obesidad, psicopatologías alimentarias y estructuras clínicas

En la orientación del psicoanálisis, los trastornos de la conducta alimentaria, como también los trastornos del humor a menudo relacionados con ellos, se presentan como manifestaciones fenoménico-descriptivas que es preciso situar en la estructura del sujeto. En efecto, es este encuadre estructural el que permite identificar su función específica para ese sujeto singular. La clínica de la obesidad, como también, por lo demás, todo el espectro de las psicopatologías alimentarias y más en general las denominadas nuevas formas del síntoma, se caracterizan, sin embargo, por una dificultad peculiar que hace problemática la orientación diagnóstica: la estructura subjetiva permanece en muchos casos opaca por efecto de la compensación producida por el objeto de la dependencia, que puede ser tanto una sustancia ajena al cuerpo (droga, alcohol, comida, fármacos…), como una situación particular que el sujeto busca irresistiblemente (por ejemplo, en los juegos de azar), al igual que el cuerpo mismo como lugar fetichista de condensación y estancamiento de un goce mortal (por ejemplo, en la anorexia, la depresión y el ataque de pánico).

De hecho, la opacidad estructural en muchos casos de anorexia, bulimia y obesidad está determinada, principalmente, por la acción compensatoria de la patología alimentaria, que produce un efecto de clausura de la división subjetiva en las neurosis, y de ocultación de la fragmentación en la psicosis. En este sentido, me parece oportuna la inscripción de varios casos de anorexia, bulimia y obesidad en el interior del marco de las psicosis ordinarias, es decir, en aquellas formas en que los síntomas positivos clásicos de la psicosis (alucinaciones, delirios) no se manifiestan, y que en el trastorno alimentario encuentran un cierto grado de estabilización que hace menos evidente el hallazgo de la estructura subjetiva. Por lo demás, ésta es una indicación ya clásica en la literatura, identificable por ejemplo en la inclusión de muchos casos de anorexia en el marco de las denominadas «psicosis frías» llevada a cabo por Kestemberg y Decobert en *El hambre y el cuerpo*.66

Por lo demás, la experiencia clínica nos muestra un fenómeno cíclico bastante frecuente en que el trastorno alimentario y la producción ideativa psicótica se alternan según esta lógica: cuando la compensación sintomática desaparece —cuando la anoréxica o el obeso rompen su estabilidad sintomática, y por ejemplo la primera coge peso y el segundo lo pierde—, empiezan a aparecer a menudo manifestaciones alucinatorias, estados de fragmentación corporal o caídas melancólico-depresivas agudas no pocas veces acompañadas por actos autodestructivos y pasajes al acto suicidas. En este sentido, interpretaciones edípicas precipitadas, como también intervenciones médicas prescriptivas (como dietas) o real y traumáticamente invasivas (como las intervenciones quirúrgicas en el abdomen en la obesidad) presentan, en estos casos, un alto riesgo de descompensación.

En las obesidades de estructura neurótica, en particular en las histerias, la patología alimentaria tiende a ocupar el lugar del síntoma neurótico en su forma clásica, expresión del retorno de lo reprimido causado por la represión (*Verdrängung*). En efecto, mientras en las neurosis clásicas el sujeto intenta hacer frente a la pérdida estructural del objeto primordial a través de la represión y la producción de las formaciones sintomáticas vía retorno de lo reprimido, en las obesidades neuróticas el sujeto necesita un recurso suplementario estable al objeto oral encarnado en la sustancia, que compense una eficacia sólo parcial de la estructuración primaria de la neurosis y, por tanto, de la pérdida de tal objeto. Por esta razón, mientras el síntoma neurótico clásico se caracteriza por el hecho de dividir al sujeto, produciendo en él una interrogación sobre su querer decir enigmático, la obesidad se presenta en un sujeto neurótico como un síntoma mudo, que no produce un efecto enigmático de división del sujeto. Precisamente al revés, produce una

suerte de clausura de la división subjetiva y de la potencia de evocación del síntoma. Será solamente por efecto del tratamiento que el sujeto neurótico que sufre de anorexia, de bulimia o de obesidad podrá llegar a reconocer en la patología alimentaria que padece ya no únicamente un trastorno, sino un síntoma, que lo representa ante el Otro y respecto del cual tiene una responsabilidad inconsciente ineludible cuyo sentido se le escapa.

En efecto, en las formas de obesidad neurótica, la historización del síntoma realizada bajo transferencia en la cura permite al sujeto dar una forma de frase inconsciente a lo que ha activado la patología alimentaria, reconociendo su función. Por ejemplo, en una paciente mía surgió en la fase avanzada del tratamiento una escena infantil en la cual la madre, acercándose a ella por primera vez —que se sentía la más desatendida de las hijas—, mientras estaba en un estado de desnutrición que había alertado al médico, le dijo poniéndole las manos en torno al cuello, con mirada alarmada: «¡o comes o mueres!». La respuesta inconsciente del sujeto fue el desencadenamiento infantil de una obesidad, desarrollada en particular después de que la madre volvió a desatenderla cuando los riesgos de la desnutrición habían sido superados, y que había durado décadas hasta el tratamiento. En muchas pacientes neuróticas surge un apego a la obesidad que tiene que ver con un «no querer darse por vencida al Otro», en general al Otro materno, como una forma de venganza inconsciente que se reitera a través del síntoma, durante largos años, en muchos casos toda la vida, en respuesta a una demanda de amor enigmáticamente eludida por parte del Otro. En el caso de esta paciente, la venganza consistió, en su opinión, en comer sin cesar, incluso cuando superó pocos meses después del mandato materno —«¡o comes o mueres!»—, el umbral de la obesidad, y de nada valieron en ese punto los intentos de la madre de decirle que no comiera tanto. En la reconstrucción de la paciente, la frase de la madre había funcionado para ella como una ilusión de ver encarnada en la demanda de alimentarse una señal del amor materno. Ilusión que se reveló como tal para ella en el momento en que se alejó del peligro de muerte, y la madre, como antes, dejó de interesarse por ella. En ese punto, la demanda materna de alimentarse, perdida su connotación imaginaria de señal de amor, adoptará para la paciente, desde la infancia, el carácter de mandato superyoico al que se someterá masoquistamente, haciendo de la propia obesidad, en su lamento, el resultado maligno de la palabra de la madre dirigida a ella. En estas formas de obesidad neurótica, la dimensión del rechazo se hace presente de modo paradójico, en la forma de un «sí hiperbólico» en respuesta a la demanda del Otro, encarnando a través del cuerpo obeso una forma de *venganza imaginaria*. En otros casos, de

manera más lineal, la obesidad encarna *el reverso de la demanda parental*, convirtiéndose para el sujeto en una forma de poner a prueba el amor del Otro que pasa a través del muro del cuerpo despreciado y desvalorizado por los padres. En estos casos, la obesidad neurótica se revela como el reverso especular de la anorexia, puesto que como en esta última el sujeto trata de empujar al Otro, en particular al Otro parental, a través de la evidencia de la condición patológica del cuerpo, demasiado gordo o demasiado flaco —que a menudo no encontramos en algunos casos de bulimia en los que la patología no está a la vista, permanece en la clandestinidad—, a distinguir el propio deseo por la hija de la demanda a la hija, y a demostrar el amor por el sujeto más allá del hecho de que corresponda o no al ideal invocado en su demanda.

El *desvelamiento de la función inconsciente del síntoma* produce en algunas pacientes neuróticas que sufren de obesidad, de por sí, como ocurre en el caso citado, un doble efecto terapéutico. Por un lado, una atemperación del síntoma mismo y la apertura de una fase depresiva que, una vez reabierto un espacio posible para el duelo respecto de la omnipotencia materna, hace posible la elaboración de la propia posición inconsciente en el discurso familiar y un proceso doloroso de separación simbólica. Al mismo tiempo, esto les hace posible efectivamente decidir continuar con resultados positivos una dieta para adelgazar, con el fin de refalicizar el cuerpo como objeto de deseo, habiendo vaciado ahora el síntoma alimentario, al menos parcialmente, de su función de respuesta fantasmática a la demanda alienante del Otro.

Rechazo como mensaje y rechazo como límite en la obesidad

En la obesidad neurótica, la condición del cuerpo gordo funciona en el doble registro de una defensa de la angustia producida por el encuentro con el deseo del Otro, y a la vez, por el contrario, de un mensaje dirigido al Otro para verificar su amor. Esta ambivalencia paradójica caracteriza la posición del sujeto neurótico respecto de la propia obesidad, de la que llega a lamentarse, pero sin querer verdaderamente renunciar a ella. Una paciente mía introdujo una vez una imagen que ilustra perfectamente esta ambivalencia funcional del cuerpo gordo en la obesidad neurótica. Hablando de su cuerpo explicó un sueño en que éste era representado por un estofado rodeado de una capa de grasa, que protegía como un envoltorio la parte más tierna y apetitosa de la carne. Por un lado, la grasa ejercitaba una función de defensa: mantener alejado el apetito del corazón tierno del estofado, mediante la capa protectora que lo rodeaba, desincentivando su consumo. Por otro lado, la grasa representaba la puesta a prueba del deseo del Otro: si sabes ir más allá de la capa de

grasa que me rodea, conquistarás el placer de mi cuerpo tierno, la mejor parte, no inmediatamente visible, del estofado. Es evidente que esta imagen onírica de la comida funciona para el sujeto como metáfora inconsciente de su relación con el Otro, con el propio cuerpo, con el deseo y el goce.

En las formas de obesidad psicótica, lo que encontramos, en cambio, es una función del cuerpo gordo que se estructura esencialmente como dique respecto de la invasión de un Otro desregulado que hace que el sujeto sea presa de una angustia sin límites. Y esto, sea en la vertiente esquizofrénica de la angustia de fragmentación, sea en la vertiente melancólico-depresiva de una angustia de ser abandonado en que el Otro deja caer al sujeto en el abismo, sea, por último, en la vertiente paranoica de la angustia de persecución en que el Otro sádico quiere gozar del sujeto sin límite. En estos cuadros psicóticos, la obesidad funciona para el sujeto como defensa y solución compensatoria, que introduce una frontera somática en ausencia de un límite simbólico en condiciones de estructurar, para el sujeto, su separación efectiva del Otro. En la psicosis, el cuerpo gordo del obeso funciona también como refugio, respecto del deseo del Otro que requiere al sujeto que ocupe una posición sexuada de hombre o de mujer en la relación. Ante esta coyuntura, potencialmente descompensante para el sujeto psicótico, la obesidad funciona también como modalidad de hacerse indeseable para el Otro, alejando así la amenaza que el deseo encarna para él. De ahí la prudencia extrema necesaria, en estos casos, en evitar romper la compensación imaginaria proporcionada por el síntoma alimentario dejando al sujeto sin muletas sobre las que apoyarse.

En el trabajo con la psicosis podemos conquistar la confianza del sujeto si lo ayudamos a tratar al Otro omnipotente y sádico, del que se defiende como puede intentando distanciarse mediante un rechazo del Otro que pasa por el consumo de comida constante y desregulado (tanto en la versión «planificada» de la hiperfagia, como en la «crítica» que se manifiesta más imprevistamente como agudizaciones sintomáticas, en los denominados *Binge Eating Disorders*). Si se reduce la omnipotencia del Otro, entonces el síntoma alimentario del sujeto psicótico también puede atemperarse y funcionar como autoterapia compensatoria estabilizadora, que no lo expone al riesgo de muerte o de desencadenamiento, abriendo el espacio de un trabajo, delicado y difícil, de construcción de otros puntos de estabilización que puedan funcionar para el sujeto, junto a una obesidad más reducida en sus dimensiones, como fundamentos sobre los que apoyarse.

El cuerpo obeso entre imagen y goce

La clínica de la obesidad se presenta con toda evidencia como una clínica del cuerpo.[67] No por casualidad es casi exclusivamente la medicina la que se ocupa de ella, y el inicio de una demanda de tratamiento parte, por lo general, de los efectos disfuncionales sobre el organismo, así como las recaídas en la vida cotidiana del sujeto producidas por la condición obesa. Es sobre todo a partir de esas ocasiones, que se presentan como emergencias reales, que el sujeto obeso descubre o recuerda que tiene un cuerpo. En efecto, la condición del cuerpo en la obesidad se presenta principalmente en los términos de un cuerpo rechazado. Este rechazo puede hallarse a diferentes niveles de experiencia clínica con el sujeto que sufre de obesidad.

El cuerpo olvidado

En primer lugar, el cuerpo en la obesidad se presenta con frecuencia en una paradójica escisión. Por un lado, se impone a la mirada del Otro como una evidencia ineludible, que no se puede dejar de ver. Pero, por el otro, simultáneamente, no aparece como simbolizado en el discurso del sujeto, está no dicho, está ausente, fugitivo en sus palabras. Es decir, el cuerpo se presenta como un cuerpo olvidado, sin memoria, fuera de discurso, desconectado de la historia del sujeto, aislado de la simbolización de su existencia. En este sentido, un primer nivel de manifestación del rechazo del cuerpo en la obesidad viene dado por el rechazo inconsciente de su simbolización, por el olvido de la dimensión significante que marca su existencia en relación con el sujeto que lo habita. Es, ante todo, a partir de esta dificultad para decir el propio cuerpo que en mi opinión puede ser entendido el fundamento del interés, en el ámbito de la investigación psicosomática y psiquiátrica contemporánea, suscitado por la alexitimia —la dificultad para decir las propias emociones, para simbolizar la propia condición— en el campo de la clínica de la obesidad.

Una singular dismorfopercepción: «mi cuerpo es otro»

En segundo lugar, en el registro imaginario, la percepción de la imagen del cuerpo en la clínica de la obesidad se muestra atravesada por un particular fenómeno disperceptivo, cuya especificidad no ha sido todavía suficientemente explorada. Éste se diferencia cualitativamente de la alteración perceptiva de la imagen corporal que hallamos en la anorexia. Sin embargo, lo que los demás no ven en el sujeto obeso, a diferencia de en la anoréxica, no es la inadecuación en exceso del propio cuerpo

respecto al ideal corpóreo. En efecto, mientras que en la anoréxica lo que predomina es la alienación especular del sujeto a la imagen ideal del cuerpo de otro respecto del cual el propio es siempre excesivo, siempre demasiado gordo, en la obesidad nos encontramos frente a una modalidad dismorfoperceptiva invertida respecto de su versión anoréxica. De hecho, para el obeso, el propio cuerpo no es, como para la anoréxica, lo que los otros ven. Sobre este punto, la anoréxica y el obeso paradójicamente convergen: el Otro no está en condiciones de ver su cuerpo. El principio de realidad del sentido común y de la psiquiatría no está en condiciones de comprender la verdad de su condición corporal, con la inclinación mortal-persecutoria que asume típicamente en la clínica de la anorexia. Al contrario, en la obesidad, lo que el Otro no ve es que el verdadero cuerpo del sujeto no es aquel gordo que golpea su mirada, sino un cuerpo ideal con el que el sujeto está identificado como algo ya realizado, no como algo, como para la anoréxica, siempre pendiente de realizar. Es lo que una paciente mía sintetizó en una sesión afirmando, respecto de su cuerpo: «¡mi cuerpo es otro!». Esta operación de evitación de la alienación especular relativa a la relación con la propia imagen corporal —drama radical y sin solución en la anorexia— a través de la incorporación del ideal corporal como ya realizado, revela algunos rasgos constituyentes de la clínica de la obesidad. En particular, la negación (*Verleugnung*) como proceso de escotomización de la alienación del cuerpo en el campo del Otro simbólico y en la dialéctica imaginaria de la intersubjetividad. Operación en línea con la egosintonía que atraviesa, como un rasgo de perversión y más allá de las estructuras clínicas de referencia, la relación del sujeto obeso con el propio cuerpo.

El cuerpo desfalizado

En tercer lugar, en la clínica de la obesidad el cuerpo se presenta, en general, en la vertiente libidinal-pulsional, organizada de acuerdo con la lectura ofrecida por Abraham: el impulso a la hiperalimentación compensa autoeróticamente el estancamiento sustancial, la atrofia del deseo sexual. No por casualidad, los mordiscos del hambre neurótica son relacionados por el psicoanalista alemán, de manera particular en el caso de las mujeres, con una fundamental frigidez femenina.[68] También aquí, según una manifestación estratégica que atraviesa la clínica de las nuevas formas del síntoma, el goce autista del objeto-sustancia ocupa el lugar, en la economía libidinal del sujeto, del deseo hacia el Otro encarnado en el sexo. Estas coordenadas dan razón del hecho de que el cuerpo del obeso tiende a presentarse, sobre todo en las mujeres —puesto que para el hombre permanece en algunos casos un residuo de

valorización del exceso alimentario del gran comedor como figura de la virilidad— como un cuerpo desfalicizado, deserotizado, desenganchado de la función de catalizador del deseo del Otro. Este rasgo va más allá de la variación histórico-cultural de los valores corporales, es decir, no se puede reducir a los efectos prejuiciosos de una época, la contemporánea, dominada por la valorización estética de la delgadez. En efecto, el erotismo que se transparenta en los cuerpos femeninos florecientes de las pinturas de Rubens está a una distancia sideral de la condición devastada y deserotizada del cuerpo en la clínica de la obesidad.69

En este cuadro, la desfalización del cuerpo en la obesidad, que se produce a través de la eliminación de las formas corporales y de los semblantes del deseo sexual, permite al sujeto una doble operación. Por un lado, le permite eludir lo insoportable de la pérdida del objeto primario de la satisfacción a través de su negación vía devoración-incorporación de la comida. Al mismo tiempo, le permite evitar el encuentro insostenible con el deseo del Otro que interpela al sujeto para que responda como ser deseante y sexuado, es decir, desde la posición de hombre o mujer. Hacer el propio cuerpo evidentemente indeseable, desfalicizarlo, es, en efecto, la maniobra puesta en juego por el sujeto obeso para apagar en la mirada del Otro sobre su cuerpo la función sexual del deseo, y la demanda que éste implica. Demanda a la que responde con la aparición del punto de angustia, a la que sigue la devoración de la comida como respuesta compulsivo-compensatoria a la insostenibilidad del encuentro angustiante con esta demanda deseante. El rechazo del cuerpo como sexuado, presente también en la anorexia con la supresión de las formas corporales de la mujer y en la amenorrea por efecto del rechazo de la comida, ejercita, pues, en la obesidad la misma función de defensa frente a lo real de la pulsión contenido en la mirada deseante del Otro. En efecto, en la obesidad perder peso se convierte en sinónimo de recuperar una exposición femenina ante la mirada deseante del Otro que angustia al sujeto, puesto que lo hace reencontrarse, como dijo una paciente mía, con su propio «exceso de deseo», insostenible.

Notas:

39. Revisión y actualización del texto ya publicado en D. Cosenza, M. Recalcati, A. Villa (al cuidado de), *Civilità e disagio. Forme contemporanee della psicopatologia*, Bruno Mondadori, Milán, 2006, págs. 227-254.
40. Sobre la obesidad como «objeto híbrido, semi-rasgo físico, semi-enfermedad», véase J. Dargent, *Le corps obèse. Obésité, science et culture*, Champ Vallon, Seyssel, 2005, pág. 7.
41. M. Cuzzolaro, *Anoressie e bulimie*, Il Mulino, Bolonia, 2004, págs. 50-51.
42. Hace tiempo que se ha iniciado un debate sobre la inclusión o no de la obesidad en la nosografía psiquiátrica, en particular, a partir de la transición hacia la edición del DSM-5 de 2013. Véase, al respecto, en particular, M.J. Devlin, «Is there a place for Obesity in

DSM-5?», *International Journal of Eating Disorders*, 2007, vol. 40, Issue 53, págs. 583-588.
43. *Ibidem*, págs. 53-55.
44. Al respecto, me permito remitir a D. Cosenza, «Il cibo e l'inconscio. Anoressia, bulimia e discorso alimentare», en M. Recalcati (al cuidado de), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia*, Borla, Roma, 1998, págs. 129-131.
45. Un primer encuadre de la obesidad entre las nuevas formas del síntoma se encuentra en M. Recalcati, «Il troppo pieno dell'obesità», en M. Recalcati, *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, FrancoAngeli, Milán, 2002, págs. 205-225. Podemos encontrar interesantes contribuciones más recientes a una perspectiva psicoanalítica sobre la obesidad a partir de Lacan, en S. de Campos, *Obesidade em jovens. A logica analítica do ganho de peso*, Escola Brasileira de Psicanalise, 2016, del que he escrito el Prólogo (págs. 12-19); y en P. Pace, *La parola muta. La sofferenza del soggetto obeso*, Edizioni San Paolo, Milán, 2017.
46. S. Freud, «Tre saggi sulla teoría sessuale» (1905), en *Opere*, al cuidado de C.L. Musatti, Boringhieri, Turín, 1989, vol. IV, págs. 491-492.
47. *Ibid.*
48. J. Lacan, *Il Seminario. Libro IV. La relazione oggettuale* (1956-1957), Einaudi, Turín, 2007, pág. 188.
49. Véase al respecto M. Recalcati, *Clinica del vuoto*, *op. cit.*, págs. 212-214.
50. *Ibid.*
51. K. Abraham, «Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenital de la libido» (1916), en *Opere*, al cuidado de J. Cremerius, Boringhieri, Turín, 1997, vol. I, pág. 260.
52. *Ibidem*, pág. 270.
53. *Ibidem*, pág. 265.
54. *Ibidem*, pág. 268.
55. *Ibidem*, págs. 271-272.
56. D.M. Garner, R. Dalle Grave, *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona, 2002, pág. 184.
57. Sobre la función del control en la obesidad, véase E. Molinari, G. Riva, *Psicologia clinica dell'obesità. Ricerche e interventi*, Boringhieri, Turín, 2004, págs. 43-44.
58. D.M. Garner, R. Dalle Grave, *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, *op. cit.*, pág. 188.
59. L. Grinberg, *Identità e cambiamento* (1971), Armando, Roma, 1976.
60. M. Recalcati, «Per una clínica differenziale dell'anoressia-bulimia», en M. Recalcati (al cuidado de), *Il corpo ostaggio*, *op. cit.*, pág. 38.
61. K. Abraham, «Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenital de la libido», en *Opere*, *op. cit.*
62. Este punto es retomado en el capítulo 1: «Angustia y dependencias en la clínica actual».
63. Sobre la distinción entre depresión neurótica y versión psicótico-melancólica del afecto depresivo, véase F. Lolli, *L'ombra della vita. Psicoanalisi della depressione*, Bruno Mondadori, Milán, 2005.
64. K. Abraham, «Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido», *op. cit.*, págs. 278-285.
65. «Hoy sabemos que la terapia comportamental de la obesidad consigue determinar un buen mantenimiento del peso perdido hasta dos años después del fin del tratamiento. […] En lo que concierne a los resultados a largo plazo los escasos estudios realizados parecen demostrar que a tres-cinco años de distancia la mayoría de los pacientes tiende a recuperar todo el peso perdido», en D. M. Garner, R. Dalle Grave, *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, *op. cit.*, pág. 203.
66. E. Kestemberg, Kestemberg s. Decobert, *La faim et le corps*, PUF, París, 1998 (primera edición, 1972), págs. 4-6, pág. 234.

67. Véase, sobre la obesidad como estado del cuerpo, P.E. Bossola, «L'obesità», en *Attualità lacaniana*. *Rivista della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi*, nº 2, FrancoAngeli, Milán, 2004, págs. 28-30.
68. K. Abraham, «Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido», *op. cit.*, pág. 271.
69. J. Dargent, *Le corps obèse*, *op. cit.*, pág. 9.

6. La solución bulímica: entre frustración de la demanda de amor y empuje al goce[70]

A diferencia de lo que ocurre con la anorexia mental, síndrome con el que frecuentemente es relacionada, la obra de Lacan no nos ofrece múltiples referencias a la bulimia. Una única referencia explícita, localizable en la lección del 6 de febrero de 1957 del Seminario IV *La relación de objeto*, nos habla de los «impulsos bulímicos manifiestos»,[71] ofreciéndonos un encuadre teórico de la cuestión al que se refieren todas las lecturas lacanianas de la bulimia. Sin embargo, se trata de un marco de referencia teórico que, si bien es iluminador al poner de relieve la función simbólica interna a la estructura del síntoma bulímico, se revela parcial, a la luz no sólo de la cuestión clínica en juego en la bulimia, sino también de la complejidad de la enseñanza posterior de Lacan. No obstante, sin duda es preciso partir de esta definición para poder captar tanto sus potencialidades como sus límites intrínsecos. Aquí, Lacan quiere sustituir la lectura psicoanalítica clásica de la bulimia, que apela a la noción imaginaria de regresión, otra lectura, en el corazón de su enseñanza de los años 1950, que se funda en la estructura simbólica del amor. En efecto, en el corazón de la cuestión bulímica sitúa: a) la demanda de amor del sujeto, b) la frustración de dicha demanda por parte del Otro al que el sujeto se dirige para obtener una señal de su amor, c) y, por último, la compensación (imaginaria) de tal frustración de la demanda de amor, que se produce a través del consumo por parte del sujeto del objeto real de la necesidad, del que el seno materno constituye la ejemplificación paradigmática en la relación del niño con su madre.

Lacan deduce de ello dos principios cardinales, inherentes por un lado a la función de la operación de compensación, y por el otro al valor del objeto. Por lo que se refiere a la compensación, ella asume un valor sustitutivo de la falta del don por parte del Otro: «Cada vez que hay frustración de la demanda de amor, ésta se compensa con la satisfacción de la necesidad».[72] Por lo que se refiere, en cambio, al valor preponderante del objeto, Lacan nos ofrece un principio que es, en su opinión, la condición para «...comprender la absorción oral y su mecanismo denominado regresivo, que puede intervenir en cualquier relación amorosa».[73] He aquí la fórmula, que toma la forma metonímica de la parte por el todo: «Un objeto real adquiere su función en cuanto parte del objeto de amor, adquiere su significación en cuanto simbólico,

y la pulsión vuelta al objeto real en cuanto parte del objeto simbólico, se convierte, como objeto real, en una parte del objeto simbólico».74

Este planteamiento clásico que ofreció Lacan, anclado en la tesis de la primacía de lo simbólico, debe ser de nuevo interrogado desde su raíz a partir de los desarrollos de su enseñanza y la actualidad de la clínica, donde la bulimia ha asumido en los últimos cuarenta años una difusión y una centralidad del todo inédita respecto de las épocas precedentes.

En primer lugar, la bulimia nunca se puede reducir sencillamente a una compensación de la frustración de la demanda de amor, sino que siempre lleva consigo en la raíz un núcleo singular de goce que da cuenta de la penetración del síntoma bulímico. Lacan había insistido mucho en los años 1950 en poner de relieve el estatuto simbólico de la relación del sujeto con la comida y, por tanto, su dimensión estructuralmente anclada en el campo del Otro; por eso retomaba en el Seminario III la tesis de Apollinaire según la cual quien come nunca está solo. Poner de relieve la función de goce inscrita en el síntoma bulímico implica, por el contrario, evidenciar de manera amplificada el punto de goce autista que entra en juego en la relación del sujeto con el objeto de goce oral. Por esta razón, cuando se trata de la estructura de un síntoma bulímico siempre es preciso poder enmarcar su lectura en las coordenadas de la relación del sujeto con la función simbólica de la demanda de amor y, al mismo tiempo, de su relación con la función de goce singular que realiza el síntoma.

En segundo lugar, es esencial aislar la función del síntoma bulímico en el marco de la estructura del sujeto: en las bulimias neuróticas el peso que reviste la dimensión simbólico-metafórica del síntoma es esencial y es preciso tenerla en cuenta en el tratamiento. La bulimia encarna, además, para el sujeto una función de defensa respecto de un goce no controlable y, sobre todo, en sentido afirmativo, una modalidad de goce autista, alternativa al goce sexual y al vínculo amoroso, particularmente acentuada en las formas bulímicas no neuróticas, respecto de las cuales tanto los autores contemporáneos como los clásicos de los albores del psicoanálisis, en particular Karl Abraham, ya habían subrayado sus afinidades con la toxicomanía.

En tercer lugar, la contemporaneidad ha vuelto a articular la cuestión bulímica, poniendo en evidencia tres ejes de desarrollo en particular. Ante todo, la relación con el capitalismo avanzado como horizonte de su difusión epidémica, que evoca para nosotros la definición bulímica del capitalismo en *Radiofonía* como economía insaciable de goce fallido.

Además, la relación con lo femenino que caracteriza a nueve de cada diez casos de bulimia, y que nos conduce a interrogar otra vez su estatuto a la luz del tiempo de inicio en la pubertad, su relación con la

anorexia mental (también ella en las estadísticas por nueve décimos en femenino), y la cuestión de la sexuación del Seminario XX.

Por último, lo específico del circuito de funcionamiento (que diferencia a la bulimia de otras prácticas de hiperalimentación como el trastorno por alimentación incontrolada introducido en el DSM-5), cuya estructura lógica urge al sujeto a evacuar del cuerpo (en diversas formas fenoménicas: del vómito al abuso de laxantes o a la hiperactividad orientada al consumo de calorías) todo lo que ha incorporado a través de la práctica del atracón, en la empresa imposible de mantener de la homeostasis y el control del goce.

Notas:

70. Este capítulo reelabora la voz «Bulimia», publicada en Associazione Mondiale di Psicoanalisi, *Scilicet. L'ordine simbolico nel XXI secolo*, Alpes, Roma, 2013.
71. J. Lacan, *Il Seminario. Libro IV. La relazione oggettuale* (1956-1957), *op. cit.*, pág. 172.
72. *Ibidem*, pág. 173.
73. *Ibid.*
74. *Ibid.*

Tercera parte.
El núcleo estructural de la anorexia

7. La anorexia en la última enseñanza de Lacan[75]

Lacan y la anorexia mental: las razones de una relación especial

Lacan nos ha habituado, en el curso de su enseñanza, a una relación constante: cuando trae a colación la anorexia mental, a muchos años de distancia de su última aparición, lo hace para enseñarnos algo más sobre el estatuto del inconsciente. Hemos podido subrayarlo ampliamente en lo referente a los lugares clásicos de su obra donde planteó algunas tesis sobre la anorexia que han hecho escuela, y que hemos querido señalar, en otra parte, como tres paradigmas diferentes.[76]

El primero, que se puede encontrar en los *Los complejos familiares* de 1938,[77] antes del giro estructuralista de los años 1950, sitúa la anorexia mental, asociándola a las toxicomanías y a las neurosis gástricas, como fijación al estadio oral más precoz de la libido, como rechazo del destete en la infancia que vuelve regresivamente para el sujeto en el punto de inflexión de la pubertad. De este modo, introduce de inmediato un principio antievolutivo, que aquí llama también «apetito de muerte», en el corazón de una teoría psicogenética del desarrollo psíquico, liberando así al inconsciente y la libido de cualquier intento de normalización universalizadora y de cualquier forma de naturalización psicobiológica.

El segundo, localizable en el corazón de la fase estructuralista de Lacan, correspondiente a los Seminarios IV y V y al escrito «La dirección de la cura» de 1958, sitúa la anorexia mental como ejemplificación clínica paradigmática de la irreductibilidad del deseo al plano de la necesidad. Este Lacan empeñado en extraer la función simbólica del inconsciente mostrando su irreductibilidad al registro de lo imaginario, capta un doble aspecto, en ciertos sentidos antinómico, de la anorexia mental y de la práctica que constituye para él su esencia: comer nada. El objeto *nada* tiene aquí la función de encarnar un objeto puramente simbólico, un significante puro, significante de la irreductibilidad del deseo a los objetos de la necesidad y del goce.

Por un lado, la vertiente heroico-separativa de la cuestión, la joven anoréxica está dispuesta a morir de hambre antes que correr el riesgo de que su deseo sea confundido por quien se ocupa de ella satisfaciendo sus necesidades. Riesgo constantemente presente en su Otro familiar, el cual confunde los cuidados con el don de su amor. Su cuerpo en riesgo de muerte se presenta, así, como una llamada encarnada dirigida al Otro para que rectifique su posición y, saliendo de la confusión, pueda

entregar a la hija su propia falta, el don de su amor. La otra vertiente, que podríamos definir como alienante, en los términos en que Éric Laurent habla a este respecto de una anorexia de alienación,[78] concierne a la anorexia mental en cuanto desvitalización del pensamiento del sujeto, desconexión entre saber y deseo, imposibilidad para el sujeto de reconocer una idea como propia, como en el célebre caso del hombre de los sesos frescos de Kris comentado por Lacan. Todo el saber es, de este modo, íntegramente saturado por el Otro y el sujeto no consigue encontrar su propio lugar para alojar el suyo proprio, alienado como está en el constante pensamiento de no ser más que un estéril plagiario. Por tanto, una vía de escape sintomática, que en este caso el sujeto puede encontrar es el *acting out*: al salir de la sesión, ir al restaurante de enfrente y buscar en el menú los sesos frescos con los que alimentarse.

Quizá podríamos decir, manteniendo firme la distinción propuesta por Laurent, que en la primera vertiente el sujeto anoréxico, a través del comer nada, salvaguarda la propia enunciación marcando su irreductibilidad a los enunciados contenidos en la demanda del Otro: anorexia de separación. Mientras que la segunda vertiente ocurre más bien lo contrario: el sujeto extravía la propia enunciación, no encontrando más que los enunciados formulados por el Otro: anorexia de alienación.

El tercero, en el corazón del Seminario XI de 1964, está construido por Lacan en la tensión entre dos posiciones. Por un lado, la posición del niño anoréxico que come nada, donde este objeto *nada* se convierte ahora en un objeto real, aunque se trata de un objeto *a* de un tipo especial, imposible de reducir al campo del Otro simbólico. En esto Lacan ejemplifica clínicamente lo que es el propósito clave de sus Seminarios X y XI: mostrar en el corazón del inconsciente la presencia de un núcleo real, encarnado por el objeto *a*, irreductible al campo del Otro entendido como inconsciente estructurado como un lenguaje. Por otro lado, la posición anoréxica como puesta en práctica en lo real de la amenaza de desaparición, a través de la cual el sujeto encarna en el cuerpo para el Otro parental la cuestión «¿puede perderme?», en el intento de abrir en él una falta. En este Seminario, la anorexia mental está inscrita en esta tensión entre una posición de goce sin Otro, encarnado por el comer nada del niño anoréxico como práctica pura de goce fuera de significante, y una provocación dialéctica hacia el Otro tendente a producir en él, a través de la angustia de muerte, una falta.

El paradigma del rechazo del saber del Seminario XXI

El pasaje más radical, y hasta hoy menos valorado, de Lacan sobre la

anorexia lo encontramos en un seminario de su última enseñanza: para ser precisos, en una lección del 9 de abril de 1974 de su Seminario XXI *Les non-dupes errent*, aún inédito.

Se trata, pues, de una referencia que se sitúa después del giro dado por Lacan en el Seminario XX *Aún*, que Jacques-Alain Miller define con una fórmula eficaz en *Los seis paradigmas del goce* como «el Seminario de las no-relaciones».79 Aquí, la fórmula de Lacan «no hay relación sexual», ya elaborada en Seminarios precedentes y en particular en el XVIII *De un discurso que no sería del semblante*, alcanza un grado de articulación inédito, a través de la construcción de una teoría de la feminidad fundada en una doctrina diferencial del goce, sostenida lógicamente por lo que él define como «las fórmulas de la sexuación». En el Seminario XX Lacan define la posición femenina respecto del goce como una posición dividida entre dos posibilidades de goce irreductibles entre sí, pero que una mujer experimenta. La primera viene dada por el *goce fálico*, estructurado a partir de las leyes del significante y la castración simbólica, que encuentra en el significante fálico su punto de coordinación y en el hombre y en la mujer dos posiciones diferentes desde las que experimentarlo: para el hombre del lado del tenerlo y para la mujer del lado del serlo para el hombre. La posición del hombre hacia la mujer en el goce fálico es fetichista: búsqueda en el cuerpo de la mujer de aquella parte de sí mismo que eleva a encarnación de su objeto causa de deseo. La posición de la mujer respecto del hombre en el goce fálico es erotomaníaca: lo que la hace gozar es ser amada por el hombre. En la perspectiva del goce fálico no hay, pues, relación sexual, en el sentido de que los goces respectivos del hombre y de la mujer no convergen en una síntesis unitaria, sino que permanecen estructuralmente desconectados entre sí, a pesar de que en el acto sexual se produce el encuentro entre los cuerpos y el goce de uno y de la otra se verifican en este encuentro. A pesar de la mediación fálica y de la búsqueda en el cuerpo y en la palabra del Otro de aquello de lo que carece el sujeto, la experiencia real del goce se caracteriza por ser esencialmente solitaria.

La segunda posibilidad de goce, propia de la posición femenina (lo que no significa en absoluto que un hombre no pueda experimentarla), está constituida por aquello que Lacan llama *el Otro goce*, y que se caracteriza por una relación directa con el goce, no mediada por la castración y el significante fálico. Éste se caracteriza por el hecho de ser un goce sin límites, no mesurable ni cuantificable, no localizable como ocurre, en cambio, con el goce masculino, y que se manifiesta en la forma de un verdadero desapoderamiento, de un arrebato, de una total pérdida de dominio que afecta fundamentalmente al cuerpo como sustancia gozante. No por casualidad Lacan indica un ejemplo

paradigmático de ello en la experiencia de las místicas en su relación con Dios.[80]

Por lo tanto, para nosotros se vuelve esencial este retorno de Lacan a la cuestión anoréxica, inmediatamente después del Seminario *Aún*, que revoluciona su teoría de la feminidad y del goce. Sobre todo, porque la anorexia es una condición que, en general, es experimentada por las mujeres; la relación epidemiológica entre varones y mujeres permanece estable desde hace bastante tiempo en las investigaciones internacionales en una proporción de uno a diez, a pesar del aumento de los casos masculinos. Por esta razón después de *Aún* se hace efectivamente posible para nosotros intentar pensar más radicalmente por qué la anorexia es sobre todo una condición en femenino, más allá de las débiles explicaciones ofrecidas hasta ahora a la cuestión en la vertiente sociológica y mediática, que se resumen en la centralidad de la imagen del cuerpo femenino delgado en el discurso social contemporáneo.

En efecto, una hipótesis que trataremos de formular y de verificar clínicamente en nuestro trabajo es si en la anorexia mental es posible hallar, en general, un defecto de inscripción simbólica del sujeto femenino que afecta a su goce en el registro fálico, dejando a la joven, como única experiencia sostenible, el sin-límites del Otro goce, degradado en la forma de una patología contemporánea del exceso en femenino[81] como es, junto a otras, la anorexia mental. De hecho, si bien es verdad que en la época contemporánea para ambos sexos el anclaje al padre y al significante fálico se ha debilitado, trayendo consigo la crisis de las funciones simbólicas del pavoneo masculino y la mascarada femenina, sin embargo, en la actualidad sigue habiendo, en nuestra opinión, una mayor exposición en la vertiente de la mujer a los efectos clínicos del desanclaje fálico que conducen al desarrollo de los trastornos anoréxico-bulímicos. Esto no quiere decir, evidentemente, que no se deba considerar la importancia de un estudio psicoanalítico específico en torno al tema de la anorexia en el varón, que por otra parte constituye, a pesar de su carácter aislado, la más antigua referencia de Lacan al tema de la anorexia.[82]

El contexto del Seminario XXI donde Lacan retoma la referencia a la anorexia concierne a una cuestión que está desde siempre en el corazón del interrogante de Lacan sobre la cuestión anoréxica: el estatuto del saber en el sujeto anoréxico. Sin embargo, en este contexto, la noción de saber es radicalmente reconsiderada por Lacan respecto de su conceptualización clásica, en la cual se reduce a la estructura totalmente simbólica de la cadena significante. En el desarrollo avanzado de la enseñanza de Lacan, «el saber es goce»,[83] y su esencia para el psicoanálisis es «*savoir en abîme*».[84]

Definiciones que nos remiten al meollo real fuera de significante y no significantizable en el corazón del saber. En esta reconceptualización radical, que es esencialmente una reformulación del estatuto del inconsciente, puesto que para Lacan el saber es esencialmente saber inconsciente, se realiza un desplazamiento progresivo del inconsciente entendido como máquina significante al inconsciente real. Para usar una pareja conceptual valorizada en los últimos años por Jacques-Alain Miller, un paso del inconsciente transferencial, estructura significante productora de sentido, al inconsciente real, depósito de letras y detritos de *lalangue* fuera-de-sentido.

Por tanto, para nosotros es importante verificar cómo cambia el modo en que Lacan conceptualiza la relación de la anoréxica con el saber a la luz de este inédito estatuto del saber inconsciente como real fuera de sentido.

Aislamos de esta lección del Seminario XXI los siguientes pasajes-clave:85

a) «*Para mí poquísimo*». La anoréxica, como algunos niños que son una excepción respecto de la mayoría de los niños, no atosiga a preguntas a los adultos deseando saber de ellos los más diversos aspectos de la realidad, suponiéndoles un saber en torno a las cosas del mundo. Mantiene con el saber una relación análoga a la que mantiene con la comida, que se puede expresar mediante la frase «para mí poquísimo».
b) *La anorexia como acción que dice «como nada»*. La anorexia es una posición activa cuya frase implícita en la actuación silenciosa de la anoréxica es «como nada».
c) *La preocupación de saber si comerá o no es tal, que ni siquiera se percataba de que se dejaba morir de hambre*. Interrogadas por Lacan sobre la causa de su no comer, las jóvenes anoréxicas le han respondido que estaban tan preocupadas de saber si habrían comido o no, que ni siquiera se percataban de que se estaban muriendo de hambre.
d) *No es el deseo el que preside el saber, sino el horror*. Esta tesis, según la cual en el corazón de la relación del sujeto con el saber inconsciente no hay deseo, sino horror de saber, es para Lacan una tesis estructural que vale para el sujeto como tal. Pero el ejemplo clínico de la anorexia permite ponerla en relieve de manera flagrante. La elucubración anoréxica en torno al saber si comerá o no es una práctica de goce sin límite que absorbe íntegramente a la paciente eclipsando su subjetividad. Es este goce sin límite el que la mantiene inmovilizada en torno a saber si comerá o no, haciendo caer en el

olvido su cuerpo y las necesidades vitales que es preciso satisfacer para la supervivencia.

Consideraciones conclusivas sobre la anorexia en la última enseñanza de Lacan

Las tesis emergentes del Seminario XXI introducen, en mi opinión, una ruptura epistemológica en Lacan respecto de sus formulaciones precedentes sobre la anorexia mental. De manera particular es evidente la tensión entre las tesis sobre la anorexia contenidas en el Seminario XXI y las presentes, no sólo en «La dirección de la cura» de 1958, sino también en el Seminario XI, en especial sobre la función de la anorexia respecto del campo del Otro. Mientras que tanto en el 1958 como en el 1964 permanece, a pesar del paso en el Seminario XI a un paradigma del inconsciente que incluye lo real y el goce, la tesis de una matriz en alguna medida dialéctica de la anorexia en cuanto maniobra del sujeto tendente a abrir en el Otro una falta, en el Seminario XXI la acción anoréxica «como nada» no trabaja en absoluto para abrir una carencia en el Otro. Al contrario, el Seminario acentúa aquí, más bien, el rechazo del Otro como tal, el rechazo del saber inconsciente como algo que produce horror, hasta tal punto que el sujeto se deja morir antes que dar con él.

En esto reside el valor de la referencia a la anorexia mental en el Seminario XXI: la anorexia constituye un sistema de vida y de prácticas materiales cotidianas que giran en torno al síntoma, que operan para defender al sujeto de convertirse en un incauto (*dupe*) del inconsciente y estar sometido a sus manifestaciones. En cambio, el saber por el que la anoréxica se deja absorber es más bien un pseudosaber desobjetivado: un saber-goce-sin-límites, estrechamente anclado a la conducta alimentaria, que alimenta su solución patológica, dejando a la paciente inmóvil e indivisa. Es más, eludir el encuentro con la castración, es decir, con la carencia en el Otro y con la propia división subjetiva, está en la base de este cuadro de la posición anoréxica. La pregunta obsesiva sobre la comida o el comer o no comer que la envuelve en su elucubración cubre aquí, para ella, el encuentro con el horror de saber que concierne a la no relación sexual, la estructura del inconsciente como excavada en lo real, sin garantía.

Esta posición si acaso pone en resonancia este resultado de la última enseñanza de Lacan sobre la anorexia con el primer paradigma lacaniano contenido en *Los complejos familiares*, en particular en el impulso antiseparativo y fuera-de-castración propio de la anorexia, y comunidad de destino pulsional con las patologías toxicómanas. En efecto, ya en el texto de 1938 el rechazo del matrimonio con el falo y una economía de

goce estructurada sobre el acceso directo a un objeto inanimado entrelaza las patologías alimentarias con las toxicodependencias.

Por esta razón, este cuarto paradigma sobre la anorexia podría ser perfectamente definido como el paradigma lacaniano del «rechazo del Otro», para usar la fórmula acuñada por Jacques-Alain Miller para decir la cifra esencial de la anorexia mental.

Notas:

75. Texto publicado por primera vez en *La Psicoanalisi*, nº 50, número monográfico «L'anoressica e l'inconscio», al cuidado de Domenico Cosenza, Astrolabio, Roma, julio-diciembre de 2011, págs. 17-24.
76. La referencia es a D. Cosenza, *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio, Roma, 2008.
77. J. Lacan, *I complessi familiari*, Einaudi, Roma, 2005.
78. J.-A. Miller, E. Laurent, *L'Autre qui n'existe pas et ses comités d'ethique*, curso impartido en el Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París VIII en el año académico 1996-1997, lección del 21 de mayo de 1977, inédito.
79. J.-A. Miller, «I sei paradigmi del godimento», en *I paradigmi del godimento*, Astrolabio, Roma, 2000.
80. Esto no impide, para Lacan, que también los hombres puedan ocupar tal posición femenina del goce, como es el caso de San Juan de la Cruz, indagado en el texto de Erminia Macola «Primo accadere», *La Psicoanalisi*, nº 50, págs. 114-130.
81. Véase al respecto P. Francesconi (al cuidado de), *Una per una. Psicoanalisi e femminilità*, Borla, Roma, 2007. Pero también Sh. Eldar (compilación), *Mujeres, una por una*, Gredos, Madrid, 2009.
82. La referencia está en la sesión del 18 de junio de 1935, en la que Lacan comentó una comunicación de Odette Codet titulada «A proposito di tre casi clinici di anoressia mentale». El texto está en J.-A. Miller, «Interventions de Lacan à la SPP», *Ornicar?*, nº 31, pág. 10.
83. J. Lacan*, Il Seminario. Libro XX. Ancora*, Einaudi, Turín, 2011, pág. 91.
84. J. Lacan, *Il Seminario. Libro XVIII. Di un discorso che non sarebbe del sembiante*, Einaudi, Turín, 2010, pág. 106 («saber en jaque»).
85. J. Lacan, «Les non-dupes errent», Seminario XXI, lección del 9 de abril de 1974, inédito. Véase la traducción en italiano, por parte de A. Di Ciaccia, «l'anoressica e il sapere», *La Psicoanalisi*, nº 50, *op. cit.*, págs. 15-16.

8. El higienismo anoréxico[86]

La pasión por el número en la anorexia

La anorexia mental se presenta como un método riguroso de control del Otro y del propio cuerpo. Este método se aplica en una serie de prácticas materiales que, en el curso de la jornada, organizan el paso del tiempo en la vida del sujeto. Estas prácticas, que adoptan la forma de verdaderos ritos cotidianos, tienen una finalidad manifiesta, declarada explícitamente por las pacientes: evitar como sea el aumento de peso, la ingesta de sustancias nutritivas, mantener al mínimo la aportación alimentaria diaria. Los rituales anoréxicos, incluso en sus formas singulares, apuntan de forma manifiesta a la realización de este objetivo: el rechazo de la comida, así como la hiperactividad, se presentan como modalidades orientadas a obtener dicho resultado. Al servicio de este último, la anorexia desarrolla su obsesión por la medida, la cuantificación, la traducción cuantitativa en peso y en relaciones numéricas de su estado corporal. La brújula del sujeto en la anorexia está sintonizada con la aguja de la báscula, y toda la energía de las pacientes está encaminada a hacer que la aguja no supere en exceso un umbral mínimo, es más, que dicho umbral baje aún más de nivel. La pasión anoréxica por el número y la cantidad está al servicio de la pasión por la operación negativa de reducción, de sustracción, de privación, que está en el corazón de la anorexia. También en esto la anoréxica contemporánea, tan empeñada en cuantificar *more matematico* los efectos de la privación en el cuerpo, es incomparable con la anorexia santa,[87] y su radicalismo encuentra terreno fértil no en el campo de la religión, como para esta última, sino más bien en el marco cientificista del discurso social contemporáneo, donde lo que tiene valor es sólo aquello que es cuantificable, traducible al número. En cierta medida, su Otro es más el Otro de la ciencia —si bien en la versión ideológica del cientificismo— que el Otro de la fe y de la trascendencia. En el caso de Maria Rosaria este paso es muy evidente. En efecto, en su historia el síntoma anoréxico y la fe han coexistido hasta una coyuntura crítica en la cual, con el giro bulímico, la paciente ha asistido a la impotencia de la fe para poner freno a la acción irresistible del impulso de darse un atracón y vomitar. El encuentro con un hombre y el interés de él por otra joven la han precipitado en la deriva sintomática de la bulimia. Desde entonces, cada vez que Maria Rosaria tiene una crisis, ella dice que «ha

caído», como si hubiera caído en el pecado. Rezar a Dios, como hace todos los días, no le resulta suficiente para poner freno a la «bestia» omnívora que hay en ella. No le queda más que restringir todo lo posible, privarse de la comida tanto como pueda cuando la «bestia» está ausente, para evitar que la báscula le señale el aumento de peso que la arroja al desconsuelo.

La pasión anoréxica por el sin-límites

Pero, al mismo tiempo, la anorexia mental se presenta, a pesar de toda su obsesión por la medida y los rituales de cuantificación, como una condición atravesada por un radical impulso a lo sin medida. Es a este nivel, que nos abre a la relación de la anoréxica con el sin-limites, donde de verdad podemos rastrear el alcance devastador del impulso anoréxico y su relación con la ciencia cristiana higienista. En efecto, es precisamente una pasión desregulada por el control y la medida del Otro y del propio cuerpo la que conduce a la anoréxica, sin medida, a perder el sentido del límite, a rozar y a menudo a encontrar la muerte como efecto de este extravío del límite. Es una ebriedad de la cuenta atrás la que se apodera de la anoréxica, cuanto más adelgaza por negarse a comer y cruza los límites del umbral indicados por la medicina como condiciones mínimas para la supervivencia del cuerpo.

Pero ¿qué rechaza la anoréxica, llegando a encarnar tal impulso sin límite que pone en peligro su misma supervivencia? Lo que rechaza al rechazar la comida, podríamos decir, es el goce como factor no controlable, no cuantificable numéricamente, innombrable, imprevisto, no garantizado. Es el deseo en su raíz pulsional lo que horroriza a la anoréxica, aquello de lo que debe protegerse erigiendo una barrera con el síntoma, un muro infranqueable,[88] una formidable anestesia libidinal, un «no» incondicional. Depurar el placer sexual del propio cuerpo, eliminar la parcialidad y la incertidumbre que lo distingue en el vínculo del sujeto con el Otro, es un imperativo categórico al que el sujeto anoréxico debe obedecer, cueste lo que cueste. El goce debe ser eliminado sin residuos, sin dejar huellas, debe ser exterminado de manera metódica y sistemática. Con el mismo rigor con que la anoréxica no puede concederse un gramo extra, con la misma intransigencia necesita controlar el tiempo, organizar y rellenar sus tiempos para evitar tropezar con lo imponderable. Lacan en su última enseñanza, para ser precisos en la lección del 9 de abril de 1974 del Seminario *Les non-dupes errent*,[89] subrayaba este punto: lo que la anoréxica cubre con su elucubración continua en torno al comer y no comer, comer más y comer menos, es el horror que está en el corazón del saber, el agujero en el

saber inconsciente. La anorexia puede ser entendida precisamente como una barrera que defiende al sujeto del encuentro con el agujero en su saber inconsciente, es decir, el encuentro con la castración y con la pulsión como impulso en el que el hombre se satisface siempre faltándole en parte el objeto de la satisfacción Desde esta perspectiva, el rechazo anoréxico parece más una vía de clausura de la falta en el Otro, una *esterilización higienista del Otro* tendente a extirpar cualquier rastro del vínculo pulsional, cualquier impureza del goce, más que una maniobra para tratar de abrir una carencia en el Otro. Desde esta perspectiva, el último Lacan parece poner más de relieve la vertiente perversa en juego en la posición anoréxica: tapar el vacío en el campo del Otro se convierte en la exigencia fundamental que el rigorismo anoréxico parece encarnar. Por eso es fecundo interrogar la lógica de la anorexia mental a la luz de la lógica desplegada por Lacan en el escrito *Kant con Sade*. En efecto, el impulso superyoico y sacrificial a la privación se revela en la anoréxica nada más que el reverso de una práctica afirmativa de goce sin límite,[90] donde el rechazo del goce se convierte en práctica activa que, a través de la acción de «comer nada», da vía libre a la anoréxica para un goce Uno, no deficitario, pleno. Es por esta razón que la indicación técnica tradicional, por ejemplo, de Hilde Bruch, según la cual un tratamiento de palabra es inoperante cuando la anoréxica está en fase aguda tiene su fundamento: el sujeto está inmerso en tal baño de goce procurado por el síntoma, que sus orejas están tapadas, la palabra no le alcanza como mensaje dotado de un alcance simbólico. Por tanto, en estas coyunturas más vale el acto, la indicación del ingreso como única intervención clínicamente lógica, que mil palabras.

Notas:

86. Texto publicado en *Verona Informa*, 2013, nº 4, págs. 52-54.
87. A propósito de la distinción entre anorexia mental y anorexia santa, véase E. Macola, «Primo accadere», *La Psicoanalisi*, julio-septiembre de 2011, nº 50, «L'anoressica e l'inconscio», al cuidado de D. Cosenza, Astrolabio, Roma, págs. 114-130.
88. D. Cosenza, *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio, Roma, 2008.
89. J. Lacan, «Les non-dupes errent», leçon du 9 avril 1974, inédita.
90. Me permito aquí remitir a D. Cosenza, «El rechazo como goce en la anorexia femenina», en Sh. Eldar (compilación), *Mujeres, una a una*, Gredos, Madrid, págs. 77-88.

9. El objeto *nada* en la clínica lacaniana de la anorexia[91]

Puntualizaciones sobre el objeto *nada* en Lacan

Como ha subrayado Carole Dewambrechies-La Sagna, «Es la clínica de la anorexia mental la que lleva a Lacan a añadir el objeto *nada* en la lista de los objetos freudianos que son el oral, el anal y el fálico».[92] No se trata, como sabemos, del único añadido de Lacan a la lista de los objetos freudianos: la voz y la mirada encuentran su lugar central entre los objetos de la pulsión, en particular a partir del Seminario X *La angustia*, como verdaderas innovaciones aportadas por él a la teoría psicoanalítica de la pulsión. Con ellos Lacan introduce, por un lado, dos objetos que, en línea con los freudianos, se abren a partir de dos áreas fronterizas localizables, dos aperturas del cuerpo apoyadas en la estructura anatómico-fisiológica del órgano auditivo y visual, como ocurre con la boca respecto del objeto oral y con el ano respecto del objeto heces. Sin embargo se trata al mismo tiempo de dos objetos que, por sus características estructurales, en la relación dialéctica en que el sujeto se constituye en el campo del Otro, se presentan más como objetos anudados al deseo del Otro que como objetos —por ejemplo, los freudianos, el oral y el anal— articulados más bien a la demanda del Otro.

El estatuto del objeto *nada* en Lacan se presenta como especial, en ciertos aspectos inclasificable, o en todo caso fuera de serie respecto del estatuto de los demás objetos de la pulsión. Es, entre todos, el más enigmático de los objetos indicados por Lacan. En primer lugar, a diferencia de los otros, en mi opinión, es problemático remitirlo a una zona erógena precisa. En efecto, tampoco en Lacan se da por supuesto que deba ser necesariamente remitido a la zona oral como su objeto exclusivo. También Dewambrechies-La Sagna, reconstruyendo la cuestión del *nada* en la enseñanza de Lacan, remite de manera sólo hipotética el *nada* a la zona erógena oral, acompañando la articulación de tal hipótesis con un «*peut-être*».[93] El *nada* de Lacan es más bien, en nuestra opinión, un objeto *sui generis* que gravita en el cuerpo pulsional y parasita las zonas erógenas, entrando en la raíz del mecanismo de funcionamiento de la pulsión misma.

Probablemente por esta razón, Lacan a lo largo de su enseñanza refiere la función del objeto *nada* no exclusivamente a la anorexia

mental, sino también a la histeria, a la fobia y a la neurosis obsesiva.

Jacques-Alain Miller, como veremos, precisó de manera inédita, en una conversación clínica del ECF, el estatuto del objeto *nada* poniéndolo en juego en un caso de psicosis ordinaria.[94] Se trata evidentemente de manifestaciones diversas de esta misma función de objeto. Aunque es indudable que para Lacan la anorexia mental tiene el valor de mostrar con mayor precisión la función del *nada* en su operatividad, y por esta razón recurre a él en varios puntos de inflexión de su enseñanza.

En este capítulo intentaremos aportar más claridad en torno al carácter específico del objeto *nada*, tratando de mantener al mismo tiempo el estatuto especial atribuido por Lacan a la clínica de la anorexia mental y las diferentes manifestaciones a las que él se refiere cuando emplea el objeto *nada* a propósito de estructuras clínicas diferentes. En efecto, procuraremos articular nuestro discurso sosteniéndolo a partir de casos en los que el síntoma anoréxico se presenta en estructuras clínicas diferentes, con el objetivo de mostrar al respecto la operatividad peculiar que el objeto *nada* ejercita en cada una de ellas.

Más allá del dualismo del *nada*

Como hemos podido ver hasta ahora, quienes más han profundizado en la cuestión clínica de la anorexia mental en la orientación lacaniana —el primero fue Augustin Ménard desde fines de los años 1980— han llegado en un momento dado a identificar un doble carácter del objeto *nada* en el corazón de su funcionamiento.[95] Por un lado, el *nada* en su condición de *objeto en función de deseo*, relacionado con la dialéctica con el Otro, eje de la división del sujeto, anclado en la castración simbólica y coordinado con la función fálica. Éste es el lado del objeto *nada* que encontramos en la clínica de la histeria, bien representado por Lacan en el caso freudiano de la hermosa carnicera, donde el *nada* opuesto por la histérica al consumo del plato deseado tiene la función de preservar su deseo manteniéndola en la insatisfacción. Esta función del *nada* está ciertamente presente en la anorexia histérica y en la falicización de la delgadez que le es propia, y está en la base de lo que hemos llamado función metafórica del rechazo como demanda de deseo.

Al mismo tiempo, el *nada* se presenta poderosamente en la clínica de la anorexia como *objeto en función de goce*. Pero goce no contenido por la mediación fálica, fuera de discurso, sin límites ni pérdida, total. Goce Uno que deja al sujeto indiviso y que lo empuja a rechazar la relación con el Otro, ante todo con el Otro que nutre, y a menudo hasta el extremo del riesgo de muerte. Es esta vertiente del *nada* la que es preponderante en la clínica de la anorexia mental, para situar este campo

de la clínica, en general, más allá de las coordenadas fálico-edípicas propias de la neurosis, imponiéndose como cada vez más central en la enseñanza de Lacan y en la experiencia clínica así como en la conceptualización de los analistas lacanianos comprometidos en este campo. Es desde esta perspectiva que la acción «como nada», que distingue para Lacan a la anorexia en el Seminario XXI, se presenta como la antítesis de una maniobra para abrir en el Otro una carencia, como en cambio le era aún atribuida en parte en el Seminario XI en la forma dramática del «¿puede perderme?». La perspectiva del Seminario XXI, la más avanzada en la enseñanza de Lacan sobre la anorexia, acerca más la acción anoréxica a la del toxicómano que a la «heroica», a su modo, del «kamikaze del deseo», a la que en parte es comparable la posición anoréxica en el Seminario XI.

En efecto, el síntoma anoréxico se presenta en «Les non-dupes errent» como absolutamente antiheroico. Aquí, Lacan fotografía el prosaísmo desobjetivado, embriagado de goce, de la elucubración anoréxica que precede al encuentro con la comida girando en torno al problema «comeré o no comeré». La respuesta puntual es cada vez «como nada», y con tal respuesta el sujeto clausura cada vez el espacio del Otro, no quiere saber nada del deseo de saber. Aquí, la acción anoréxica no apunta en absoluto a abrir en el Otro una carencia, que puede revelar si existe y cuál sería el lugar del sujeto en el deseo del Otro. Por el contrario, la acción «como nada» es un movimiento de clausura sistemático del espacio de la falta. Es un rechazo del saber inconsciente, que para Lacan mantiene la anorexia a distancia del punto neurálgico del saber, esto es, el horror, el encuentro con la carencia estructural del Otro, con el agujero del saber.

El objeto *nada* como único objeto *a* que es causa de no-deseo. Una contribución de Jacques-Alain Miller

Jacques-Alain Miller ha hecho una contribución decisiva a la clarificación del carácter del objeto *nada.* Contribución que nos permite, en nuestra opinión, aclarar más la función singular del objeto *nada*, tanto en la teorización general en torno a los objetos *a* de la pulsión, como respecto de la clínica de la anorexia mental.

El contexto de referencia de esta contribución milleriana viene dado por la Conversación clínica de la Ecole de la Cause Freudienne celebrada en junio de 2008 en París, bajo la coordinación del propio Miller, de Carole Dewambrechies-La Sagna y de Jean-Pierre Deffieux, y titulada *Situaciones subjetivas de desarraigo social*.

La aportación de Miller sobre el objeto *nada* fue introducida durante

la Conversación a propósito de un caso de psicosis ordinaria presentado por Jean-Claude Maleval bajo el título de «Desarraigo social paradójico y clínica del desierto».96 La cuestión de la nada está en el corazón de este sujeto llamado Charles, y se expresa fenomenológicamente por una inercia estructural que hace que le sea imposible realizar nada, mantener un trabajo, construir una relación. Condición que conduce al sujeto mismo a autodefinirse como «una nulidad». También en este caso, afirma Miller de acuerdo con Maleval,

> «[…] se encuentra regularmente este S_0 muy característico de la psicosis ordinaria, que no debe confundirse con el sujeto dividido. Este «Yo soy nulo» remite a otro modo, mucho más radical que un simple atentado contra la autoestima. Se trata, como ha subrayado J.-C. Maleval, de la atracción del no-ser, que no deja de recordar el nombre de Heidegger. Una relación con la nada está presente en este sujeto».97

A partir de este caso singular, Jacques-Alain Miller vuelve a la noción de objeto *nada* de Lacan, produciendo sobre ella una formulación inédita:

> «Gracias a este caso, captamos algo de este objeto *a* tan sutil que figura en la lista de los objetos *a* de Lacan: el objeto nada (*rien*)».98

La argumentación de Miller sobre el objeto *nada* se articula aquí en cinco puntos:

I . Este caso nos permite reconsiderar la cuestión del objeto *nada* más allá del binomio clásico psicosis/neurosis.

II. Tratándose de un caso de psicosis ordinaria, «necesitamos matemas, puntos de referencia, instrumentos»99 que nos permitan pensar la cuestión más allá del binomio clásico.

III. S_0 es un matema que permite aclarar el *nada* como objeto *a* en la psicosis ordinaria:

> «S_0 es uno de ellos, que pone al orden del día el objeto *a* como nada en la perspectiva de la psicosis ordinaria: parece, al mismo tiempo, estar pegado a él y en cierto modo darle su estatuto».100

IV. La articulación entre S_0 y el objeto nada «no produce aquí una anorexia delirante», y «designa paradójicamente la causa de su deseo».

V. El objeto *nada* en función de causa actúa, en este caso, como objeto «causa de su no-deseo».

Desde esta argumentación ligada al caso, Miller llega a producir una formulación teórica general que reestructura en un punto clave la doctrina lacaniana de los objetos pulsionales, llegando a aislar un rasgo especial propio del objeto *nada* en función de causa, que formula así:

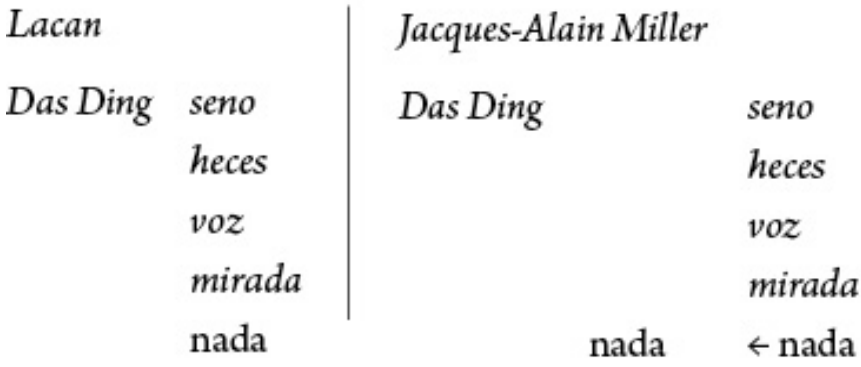
> «El objeto *a* como nada sería el único entre los objetos *a* en ser causa de no-deseo y causa de desierto».[101]

Algunas consecuencias sobre la doctrina de los objetos pulsionales y sobre la teoría clínica de la anorexia mental

Esta precisión ofrecida por Jacques-Alain Miller sobre el estatuto del objeto *nada* apoya algunas hipótesis de fondo que pretendemos formular, que pertenecen tanto a los fundamentos de la doctrina pulsional en Lacan, como a sus implicaciones en el marco de la clínica diferencial, y en particular en nuestro caso en la clínica diferencial de la anorexia mental.

I. Reescritura de la teoría de los objetos pulsionales

a) *Extracción del objeto* nada *de la lista de los objetos de la pulsión de Lacan.* La operación cumplida aquí por Miller pone de relieve de manera evidente el carácter especial del objeto *nada*, ante todo extrayéndolo de la lista de los objetos pulsionales en la que Lacan lo había enumerado, y haciendo hincapié en su estructura irreductible. Se trata de una operación ya inmanente en la enseñanza de Lacan, pero que permanece en un estado implícito, razón por la cual el *nada* es, al mismo tiempo, un objeto entre los demás objetos causa (de ahí su introducción en la lista por parte de Lacan, junto a objeto oral, heces, voz y mirada), pero a la vez en otros puntos del texto de Lacan asume un estatuto especial. El objeto *nada* es, por tanto, al mismo tiempo, en Lacan, un objeto causa entre los otros, pero a la vez es un objeto dotado de una función única. Podríamos esquematizar así esta operación que precisa el carácter del objeto *nada*:



En el esquema aquí producido lo que se pone de relieve es un estatuto especial del objeto *nada*, en la relación entre el primer objeto mítico de satisfacción, *das Ding* de Freud, la *Chose* de Lacan y los objetos *a* causa del deseo. Ahora intentaremos destacar las características estructurales que dan razón de tal carácter especial del *nada* como objeto.

b) *El objeto* nada *es el único objeto no localizable de manera específica en una específica zona erógena del cuerpo*. A diferencia de seno, heces, falo, voz y mirada, todos los cuales presentan una precisa localización libidinal en zonas erógenas del cuerpo, el objeto *nada* escapa de tal necesidad y, por tanto, puede ser hallado, según los casos, en diferentes puntos de la organización pulsional del cuerpo sin una localización predefinida. Por ejemplo, en la clínica de la anorexia mental puede encontrar ciertamente un lugar privilegiado en la zona oral, pero sin agotarse necesariamente en esta zona erógena del cuerpo. En el caso de psicosis ordinaria de Charles, por ejemplo, no es posible ubicar el objeto *nada* en una zona erógena precisa y exclusiva, sino que su acción se ejercita más difusamente en el cuerpo pulsional, reduciéndolo a una inercia fundamental.

c) *El objeto* nada *es el único objeto* a *que funciona como objeto causa de no-deseo (tesis de Miller)*. La acción del *nada* como objeto causa es una acción inercial, desvitalizante, antiseparativa, antidialéctica, vector de una negatividad «regresiva», de un retorno a lo inanimado como en la freudiana *Todestrieb*, de un goce del Uno sin pérdida, fuera de discurso.

d) *El objeto* nada *es el más próximo a das Ding entre los objetos* a*, puesto que se presenta con la absolutidad sin límites de un objeto no-parcial, como negatividad pura*. Por eso es objeto causa de no-deseo, y más

bien un factor que empuja al sujeto hacia la anulación en un goce Uno, eco en lo real del goce de *das Ding*.

e) *El objeto* nada *no es sólo un objeto* a *entre los otros, sino que encarna la función antideseo interior a la estructura del objeto pulsional*. En este sentido, el objeto *nada* puede parasitar la pulsión oral, la anal, así como la escópica o invocante. Es cuanto queda de la función antideseo de *das Ding* en la estructura del objeto pulsional.

II. Rearticulación de la clínica de la anorexia mental a la luz del estatuto del objeto *nada*

a) *Clínica del falo y clínica del objeto* nada. Retomando una reciente bipartición de Dewambrechies-La Sagna podemos articular la clínica psicoanalítica distinguiendo una clínica del falo, fundada en la castración simbólica y la falta, y una clínica del objeto que no encuentra su eje en el significante fálico. Proponemos poner en el corazón de dicha clínica del objeto el *nada* como objeto causa.

b) *La anorexia entre clínica del falo y clínica del objeto* nada. La clínica del falo es una clínica que opera en el campo de la neurosis, y en su interior es importante ubicar, por lo que se refiere a la anorexia, todos aquellos casos en los cuales la solución anoréxica se construye en el marco de una estructura donde el significante fálico, significante del objeto de la falta del Otro, encuentra su lugar en el sujeto y orienta, aunque precariamente, su deseo. En este marco la anorexia histérica encuentra su ubicación fundamental, y el lugar que en ella ocupa el *nada* debe ser puesto en relación con el efecto de mediación significante obrado por el significante fálico. En cambio, es donde el significante fálico no se ha inscrito en el inconsciente del sujeto que la anorexia mental se convierte en una solución concerniente de modo extremo a una clínica del objeto *nada* en su función de causa de no-*deseo*. Todos los casos de anorexia más allá de la neurosis entran con pleno derecho en este campo, si bien en una modalidad cada vez singular.

c) *Una clínica diferencial de la anorexia a partir de la función del objeto* nada. Esta reformulación en torno al estatuto del objeto *nada* nos permite reconsiderar la clínica diferencial de la anorexia, teniendo en cuenta la relación entre la función del objeto *nada* y el campo del saber en su estructura. En efecto, como Lacan mismo nos indicó varias veces a propósito de la anorexia, y de manera particular en el Seminario XXI, la función del saber es central en la determinación de su estatuto. Se trata entonces, para nosotros, de plantear una articulación de la clínica diferencial que ponga de relieve la relación

estructural entre la función de goce propia del objeto *nada* y la estructura del saber tal como se presenta en el caso clínico de la anorexia.

El caso de la anorexia histérico-neurótica

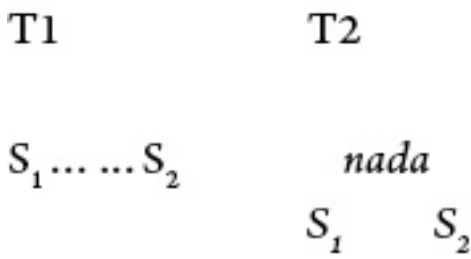
I. *Entre clínica del falo y clínica del objeto* nada. En la anorexia histérica, en general femenina y al comienzo de la pubertad o pospubertad, el sujeto construye su respuesta anoréxica como solución al *impasse* que encuentra en la asunción de la propia posición sexuada. Como veremos más en detalle en el capítulo 13, la anorexia es una respuesta posible, sobre todo entre las jóvenes, a la problemática (cuando no imposible) sintomatización de la propia pubertad. Sintomatización de la travesía de la pubertad que, según la eficaz definición que nos ha dado Alexandre Stevens, constituye la función misma de la adolescencia en la perspectiva del psicoanálisis.

Mientras que en el caso de aquellas que Dewambrechies-La Sagna define como anorexias «verdaderas» o mentales, y aún más radicalmente en las anorexias psicóticas, este proceso de sintomatización del atravesamiento de la pubertad ha fracasado y la anorexia se presenta como una solución alternativa que ocupa el lugar de este fracaso, en el caso de la anorexia histérica el síntoma anoréxico mismo es un intento del sujeto de poner en práctica esta sintomatización. En la anorexia histérica, la anorexia se presenta, pues, como un síntoma neurótico a todos los efectos, el rechazo de la comida tiene una función dialéctico-metafórica de demanda planteada al Otro en torno al lugar que el sujeto mismo ocupa en el deseo del Otro. El cuerpo anoréxico del sujeto presenta así una vertiente fálica, está inscrito en la significación fálica y actúa como catalizador del deseo del Otro.

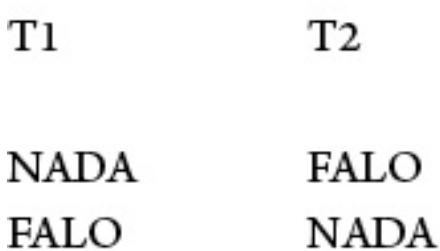
Sin embargo, no compartimos la hipótesis según la cual la anorexia histérica puede ser íntegramente reconducida al cauce de una lógica de tipo fálico. En efecto, en la mayor parte de los casos, la inscripción en el registro fálico se presenta para el sujeto como precaria y débil, el trabajo de histerización no produce de inmediato sus efectos, sino que requiere un tiempo lógico de activación de la cadena significante cualitativamente más largo que en un sujeto histérico puro: por un lado, la cadena significante se revela sobre todo *après coup* como instalada, la S_1-S_2 está estructurada, y no obstante el saber inconsciente (del que el S_1-S_2 nos restituye la osamenta elemental) se presenta como inoperante cuando la anorexia se instala y echa raíces en la vida del sujeto.

¿Qué le ha ocurrido? Nuestra hipótesis es que la aparición de la anorexia trae consigo en el sujeto el depósito del objeto *nada* en el punto

de intervalo entre los significantes S_1 y S_2, volviendo así el funcionamiento del saber inconsciente como *après-coup* inoperante, desactivado, si no imposible. Intentemos ilustrar este paso con el siguiente esquema:



Desde esta perspectiva, la solución anoréxica en la histeria presenta sobre todo en los primeros tiempos del tratamiento, junto a una vertiente fálica a menudo no tan evidente al inicio, una vertiente nirvánico-inercial que se nos ofrece en primera instancia. Es como si en el trabajo con la anorexia histérica, que no debemos confundir con una simple anorexia transitoria, porque es mucho más pertinaz, debiéramos desplazar fundamentalmente la economía libidinal del sujeto de una condición en la cual la acción nulificadora del objeto *nada* desactiva la función fálica, hacia otra en la que la relación se invierte y es la función fálica la que significantiza, en la medida de lo posible, el *nada*, valorizando su carácter, al menos en parte, de significante puro de la falta-en-ser:



La anorexia en las psicosis clásicas

1. *La anorexia cuando el objeto* nada *no es drenado por la función fálica: solución anoréxica u holofrase*. Muy distinta se presenta la situación cuando la anorexia se da en un sujeto para el cual la estructura del saber no ha tomado la forma S_1-S_2 propia de la cadena significante. En efecto, en estos casos, al no haberse estructurado la cadena S_1-S_2, está ausente al mismo tiempo el intervalo entre los significantes dentro de los cuales la función del sujeto como sujeto dividido ($) se puede instituir. En tales casos está claro que la solución anoréxica no puede funcionar como metáfora sintomática del sujeto como ocurre, en cambio, en el caso de la anorexia histérica: toma, más bien, la forma de respuesta al fracaso de la sintomatización de la pubertad en los inicios adolescentes, como acontecimiento de cuerpo que responde a la inscripción fallida del sujeto en el registro fálico. En estos casos, la anorexia se presenta como una respuesta más en la línea de una estructuración holofrástica del campo del Otro, donde el síntoma no funciona como significante del sujeto para otro significante, sino como insignia identitaria rígida, como S_1 aislado y fuera de dialéctica. La unión entre el S_1, solo, como identificación holofrástica de la anorexia y el objeto *nada* como causa nos abre el campo a las formas de anorexia en la psicosis. Esta condición estructural, en la que la identificación rígida con el S_1 de la anorexia se casa con un goce sin límite causado por el objeto *nada*, rige en una variada fenomenología de las formas de anorexia psicótica. En ellas, el cuerpo del sujeto y la función alimentaria son sometidos por parte del sujeto a un tratamiento de tipo delirante en apoyo del rechazo de la comida. En particular, aquí la función de la anorexia acentúa el carácter del rechazo como defensa frente al Otro perseguidor.

En las formas más paranoides es el objeto comida el que encarna el objeto perseguidor, asumiendo la forma de la comida envenenada o contaminada de la que hay que mantenerse alejado, renunciando a comerla. En las formas delirantes más articuladas, no es raro que la anorexia tome forma en el marco de una construcción de carácter religioso. En estos casos, el sujeto organiza la propia construcción en torno al rechazo de la comida, entrelazándola con temas a menudo tomados también de la tradición mística o de los preceptos bíblicos donde el tema del ayuno como práctica de purificación asume un peso preponderante. Aunque hay que señalar que es raro encontrar en la anorexia construcciones delirantes muy articuladas, y en general nos encontramos con esquizofrenias paranoides, más que con las verdaderas paranoias. En las formas más esquizofreniformes, la anorexia tiene la función de mantener unidas entre sí en la holofrase anoréxica las partes estructuralmente fragmentadas del cuerpo del sujeto. De todos modos, al faltar estructuralmente la función reguladora del significante fálico, en

los momentos más críticos de la vida del sujeto en que la presencia del Otro perseguidor se vuelve invasiva, la función causa de no-deseo constituida por el objeto *nada* fácilmente empieza a actuar en el cuerpo en la dirección de una radicalización sin límites del rechazo, que conduce al sujeto a una situación de riesgo vital.

También en las formas melancólicas este proceso parece evidente en los momentos de máxima gravedad, cuando el rechazo del Otro precisa su estatuto de defensa respecto de un Otro abandónico como condición existencial del sujeto: ser lo rechazado, el desecho del Otro.

Psicosis ordinaria y anorexia mental

1. S_0 + nada: *una fórmula para la anorexia en la psicosis ordinaria*. Después de habernos referido a la función del objeto *nada* en la anorexia histérico-neurótica, donde la cadena significante S_1-S_2 está instalada, pero la acción del *nada* la desactiva temporalmente en su funcionamiento *après-coup*, y después de haber evidenciado la relación entre objeto *nada* y holofrase anoréxica (S_1 solo) en las anorexias psicóticas, pasemos ahora a tratar de la anorexia en casos de psicosis ordinaria. Retomando la fórmula propuesta por Miller para el caso de Charles, se trata de situaciones en las cuales el significante S_0 viene a mostrarnos el vacío de la función sujeto, la ausencia de una identificación fundamental estructurante en condiciones de ligar el ser del sujeto con un S_1 en grado de representarlo, ni en la forma psicótica del monolito holofrástico, ni aún menos en la forma de un significante S_1 que lo representa como sujeto para otro significante S_2.

En el caso de la anorexia histérica, la fórmula de las relaciones entre saber y goce, en la fase de mayor luna de miel con el síntoma, puede escribirse así:

(*nada*)
S_1----------S_2

donde el saber es articulado, pero el intervalo está obstruido por la función del objeto *nada* que entorpece el movimiento de *après-coup*. Será el tratamiento el que vuelva a poner en funcionamiento para el sujeto la cadena significante, abriendo la relación del sujeto con el saber inconsciente y desplazando la función del objeto *nada* del punto de intervalo de la cadena, donde hacía inoperante el trabajo de la histerización.

En el caso de la psicosis con síntoma anoréxico, la fórmula clave es:

$$S_1 + nada$$

donde la holofrase anoréxica se instituye como defensa frente a un Otro que goza del sujeto, y el *nada* es el objeto de goce en torno al cual se organiza la satisfacción del sujeto psicótico. La anorexia en estos casos adquiere un sentido francamente delirante o funciona bajo una modalidad delirante que encuentra su manifestación más concreta en la relación aberrante con la comida.

La cuestión que ahora tenemos la intención de plantearnos concierne a las anorexias que se instalan en aquellos casos en los que la psicosis no se presenta en su forma clásica y reconocida, sino que asume más bien los semblantes más discretos de la psicosis ordinaria. En ella habitualmente la anorexia no asume para el sujeto un sentido especial referible a una construcción delirante, es por lo general algo silencioso que el sujeto vive sin hacer de ella una enseña identificatoria, pero que es esencial en la organización de su régimen de vida cotidiano. Estos casos se presentan, en general, como formas en las que la anorexia, cuando se instala, asume formas de menos oposición y más pasivos que remiten de manera más evidente al vacío identitario del sujeto. Para este tipo de casos de anorexia psicótica no delirante nos parece más adecuada la fórmula propuesta por Jacques-Alain Miller que hemos comentado:

$$S_0 + nada$$

En estos casos, la acción central del objeto *nada* como causa se presenta, por así decir, sin velos, de manera más evidente respecto de las anorexias psicóticas clásicas, porque el sujeto no está en condiciones de revestir con «nada» su anorexia, la labor de construcción significante propia del delirio es reducida a su mínima expresión si no está del todo ausente. A veces, en estos casos la anorexia se instala a partir de una desvitalización fundamental que surge por efecto de la caída de una identificación imaginaria que deja vacío el lugar del sujeto. Otras veces, en cambio, es imposible hallar, no sólo el punto de discontinuidad propio del desencadenamiento del síntoma, sino también la más discreta desconexión (*débranchement*) propia de la psicosis ordinaria, y la condición anoréxica a menudo se presenta en estos casos en la historia del sujeto como un *continuum* desde la infancia hasta la edad adulta.

Notas:

91. Este capítulo retoma de manera sucinta el capítulo 7 de mi tesis de doctorado *Le refus dans l'anorexie*, debatida en el Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París el 16 de mayo de 2011, y publicada por Presses Universitaires de Rennes en 2014. Para una

versión completa remito al capítulo 7 de este libro, págs. 143-167.
92. C. Dewambrechies-La Sagna, «Niente», en AMP, *Scilicet. Gli oggetti* a *nell'espenadaza psicosoanalitica*, Quodlibet, Macerata, 2006, pág. 235.
93. C. Dewambrechies-La Sagna, «L'anoressia vera della ragazza», *Attualità Lacaniana*, 5, FrancoAngeli, Milán, 2006, págs. 111-131.
94. J.-A. Miller (bajo la dirección de), *Situations subjectives de déprise sociale*, Navarían, París, 2009, págs. 169-170.
95. Al respecto, me permito remitir también a D. Cosenza, «Anoressia», en *Scilicet. Gli oggetti* a *nell'espenadaza psicoanalitica*, *op. cit.*, págs. 40-43.
96. J.C. Maleval, «Déprise sociale paradoxale et clinique du désert», en J.-A. Miller (bajo la dirección de), *Situations subjectives de déprise sociale*, *op. cit.*, págs. 37-48. La conversación sobre el caso de Maleval está en las págs. 150-170.
97. *Ibidem*, pág. 150.
98. *Ibidem*, pág. 169.
99. *Ibid.*
100. *Ibid.*
101. *Ibidem*, pág. 170.

10. El silencio y la voz en la anorexia mental[102]

Palabra y silencio en la anorexia

Quien trabaja con la anorexia mental en el ámbito clínico no puede evitar la impresión que le causa, si se ha formado en esa práctica de la escucha que fue abierta por Freud, es decir, el psicoanálisis, por un rasgo singular que encontramos, en general, a partir de las primeras entrevistas con el sujeto anoréxico. Este rasgo concierne a los problemas relativos a la dialéctica de la palabra en lo que constituye su fondo estructural, permitiendo su manifestación: la dimensión del silencio. Se ha señalado varias veces el hecho de que la clínica de la anorexia mental se configura sobre todo como una clínica deficitaria de metáfora, en la que la palabra en su función inconsciente de mensaje fracasa, mostrando un *impasse* radical en la relación del sujeto con el campo del lenguaje. Es mérito de los psicoanalistas, en particular de aquellos formados en la enseñanza de Lacan, haber puesto en el centro de la cuestión anoréxica no ya solamente el circuito descriptivo peso-cuerpo-comida, en el corazón de las aproximaciones descriptivas inspiradas nosográficamente en el DSM-IV y 5 y terapéuticamente en los tratamientos cognitivo-comportamentales; ni el horizonte narcisista de una fundamental fragilidad del Yo, en el corazón de las orientaciones dinámico-analíticas posfreudianas sobre la anorexia. En efecto, en el corazón de la orientación lacaniana sobre la anorexia está más bien la relación del sujeto anoréxico con el campo del lenguaje y la dimensión del goce interna a la solución anoréxica.

Esto ha conducido, en las últimas tres décadas, a poner de relieve el alcance antimetafórico propio de la anorexia mental, a mostrar cómo en ella, a excepción de las formas histérico-neuróticas, el cuerpo no se hace metáfora y no se estructura a partir de una falicización que lo inscribe en la dialéctica del deseo. Desde esta perspectiva, resulta engañoso cualquier intento de reducir la génesis de la difusión de este trastorno en la joven al imperativo social de la delgadez femenina encarnada por la moda. Exactamente al revés, la anorexia verdadera se presenta como un jaque en el proceso de falicización del cuerpo de la joven, y como un fracaso de su posibilidad de moverse en la dialéctica de los semblantes propia de la mascarada femenina.[103]

En este sentido, en la anorexia mental la delgadez extrema por efecto del rechazo de alimentarse no tiene en la mayoría de los casos valor de

mensaje o de demanda, no funciona como llamada al Otro, como operación orientada a arrancarle una señal de amor. Al contrario, el rechazo de la comida es, sobre todo, una encarnación del rechazo del Otro: una manera de defenderse, de cortar los puentes contra un Otro amenazante, invasivo, cuando no incluso persecutorio. Al mismo tiempo y fundamentalmente, el rechazo se convierte en la anorexia en una modalidad de goce,[104] un circuito libidinal no deficitario, por tanto, fuera de discurso, que absorbe totalmente al sujeto, y que presenta no pocas afinidades con el goce toxicómano.

Es en este marco donde se ha querido releer el problema clínico de la relación del sujeto anoréxico con la palabra y el lenguaje, si acaso más en la lógica de la holofrase que en la de la metáfora, aproximando el territorio de la anorexia mental a la tríada estructural psicosis-fenómeno psicosomático-debilidad mental, indicada por Lacan en el Seminario XI.[105] Se trata claramente de una aproximación y no de una inclusión propiamente dicha, pero que de por sí es suficiente para que seamos muy prudentes en la tentación de situar en el cuadro clínico de la anorexia histérica a las pacientes anoréxicas con que nos encontramos.

Poner en el horizonte la referencia a la lógica de la holofrase en la clínica de la anorexia significa buscar un punto de anclaje estructural a algunos fenómenos clínicos recurrentes con el sujeto anoréxico. En particular, un rasgo relevante que aparece al respecto viene dado por la relación desubjetivada con la palabra que la paciente anoréxica nos presenta. Esta relación se caracteriza, durante buena parte del tratamiento, por una marcada estereotipia discursiva, por una tendencia a cerrar el nivel de la enunciación en la evidencia del enunciado, por una desconexión del inconsciente que no hace que el sujeto dé valor enigmático a sus producciones oníricas, a los lapsus, a las formaciones del inconsciente en general. Esta fenomenología de la relación del sujeto anoréxico con el lenguaje se sostiene en una fragilidad estructural del sujeto mismo, que no le permite funcionar en base a la lógica del discurso. En efecto, esta última prevé en su funcionamiento, tal como la formalizó Lacan, un sujeto dividido ($), un objeto perdido ($a$) que causa el deseo del sujeto, y una cadena significante articulada (S_1-S_2) dentro de la cual el sujeto se constituye y es representado por un significante para otro significante. El sujeto anoréxico se presenta, en cambio, si no estructuralmente fuera de discurso como ocurre en la psicosis, «fuera de discurso de facto», como subraya Dewambrechies-La Sagna.[106] El pegamiento entre los significantes que la anoréxica presenta cuando habla revela un problema crucial en el intervalo entre los significantes, en el espacio vacío entre un significante (S_1) y el otro (S_2). Espacio que ella tiende a clausurar y a anular en cuanto es precisamente en el

intervalo entre los significantes que se abre el espacio del sujeto.

A menudo este fenómeno lo encontramos también, en el trabajo analítico con pacientes anoréxicas y bulímicas, respecto del problema del intervalo entre una sesión y otra, que es anulado por la paciente como tiempo de *après-coup* y de sedimentación: la siguiente sesión se presenta así caracterizada por una especie de «evaporación» de cuanto ha aflorado en la sesión anterior.

La clausura estructural de este intervalo entre S_1 y S_2 caracteriza a la holofrase en la tríada psicosis-fenómeno psicosomático-debilidad mental, pero algunos autores han hablado de una holofrase de posición (Viganò), y no de estructura, a propósito de aquellas formas de anorexia mental no situables claramente a una estructura psicótica, ni en el marco histérico-neurótico.

Un silencio que no resuena

Ahora bien, la cuestión que quisiera abordar aquí es tratar de interrogar la congelación del alcance simbólico de la palabra precisamente en la anorexia mental a partir de su reverso, es decir, a la luz del silencio que hace estructuralmente de trasfondo de la palabra. En efecto, si ya ha ocurrido que nos ocupáramos en nuestro campo (pero también en el ámbito de la psicosomática, respecto de la cuestión de la alexitimia) del carácter crítico del funcionamiento de la palabra en la anorexia, mucho más infrecuente es haber interrogado el silencio. Las consideraciones que seguirán son, pues, un intento de elucidación analítica del estatuto del silencio en la anorexia.

Sabemos por la experiencia analítica que existen diferentes gradaciones del silencio, y que en el curso de un análisis el analizante pasa por distintas experiencias del propio silencio y de la relación con el silencio del analista. No es aquí mi intención meterme en la compleja fenomenología del silencio en análisis, sino que sencillamente me interesa identificar algunas coordenadas que pueden permitirnos elucidar mejor la especificidad del encuentro con el silencio en el sujeto anoréxico. Distinguiría entonces simplemente un silencio de inicio de análisis de un silencio de fin de análisis, tratando de poner de relieve la diferente tonalidad entre estos dos silencios. El silencio de inicio de análisis, en un neurótico, se presenta como un silencio que lo separa, un silencio que perturba antes que nada al sujeto que es su portador. Es un silencio dialéctico, que contiene una palabra, es portador de una demanda al analista que el analizante no consigue formular. Es un silencio que tiene la estructura del silencio-mensaje. Es también, a veces, una provocación, un desafío dirigido al analista: un silencio que provoca

al Otro a la palabra, un silencio causa de palabra. «¿Por qué no hablas?», es la pregunta que el silencio del neurótico vierte sobre el silencio del analista, cuando el silencio asume el rasgo de la demanda de palabra dirigida al Otro.

El silencio de fin del análisis se presenta con una tonalidad muy distinta: es un silencio que ya no demanda nada. Es más un silencio-respuesta que un silencio que demanda. Hunde su experiencia más en lo real del sujeto, es una modalidad de existencia y de acogida de lo real que le concierne, el cual no tiene sentido. No se trata de un silencio de clausura hacia el Otro, sin el Otro, sino más bien de un silencio que se emite más allá del Otro, que asume al Otro en su punto estructural de inexistencia y de no garantía. No es un silencio que quiere esencialmente ser reconocido. Es un silencio límite, en el que el sujeto puede permanecer sin sentirse falto de palabra.

Se trate del silencio al inicio y durante mucho tiempo, o en la conclusión del análisis, lo que caracteriza a la experiencia del silencio en un neurótico viene dado por el hecho de que estamos hablando siempre de un silencio que, de distintas maneras, resuena. En el silencio-demanda es la resonancia dialéctica del silencio la que hace de ama y señora, reproduciendo en el análisis la dinámica de relación con el otro propia del fantasma fundamental del sujeto. En el silencio de final de análisis lo que resuena ya no es esencialmente atribuible a la dialéctica fantasmática y a su simbolización, sino que es algo que concierne a la relación del sujeto con lo real más íntimo, con el objeto que lo causa, y que por tanto tiene que ver, más que con la palabra, con la voz que la palabra contiene (velándola).

Pensando ahora en la clínica de la anorexia mental, se vuelve interesante para nosotros interrogar la cuestión del silencio, en su relación con la palabra y con el objeto voz, y tratar de ver si es posible aislar algunos elementos recurrentes que estructuran su campo de experiencia. La referencia a algunas situaciones clínicas nos será de ayuda en esta operación.

Una primera hipótesis que quisiéramos plantear es que, en la clínica de la anorexia mental en sus formas no neuróticas, el silencio no se presenta, por lo menos durante gran parte del tratamiento del sujeto, en la forma de un silencio que resuena. No por casualidad la fenomenología de sus formas de manifestación tiende a estructurarse en torno a dos polaridades: la palabra que clausura el espacio del silencio o un silencio que se abisma sin límites. El primer caso, la palabra que clausura el espacio del silencio, está muy difundida y es evidente sobre todo en los primeros tiempos del tratamiento; se presenta como un intento de cubrir, mediante la palabra vacía y estereotipada, cada espacio de enunciación

subjetiva en el discurso. En muchos casos, esto ocurre a través de una elucubración desatinada, expresada en un discurso absolutamente estereotipado, en torno al tema de la comida, el peso y las calorías. Amanda, una paciente anoréxica *restricter* ingresada en una comunidad terapéutica, lo expresó una vez con una fórmula eficaz diciendo que tenía la acuciante sensación de «tener la comida en el cerebro», de «tener la cabeza llena de comida», y de pensar sólo en eso. Esta elucubración continua en torno a la comida, tan característica de la conducta de estas pacientes, que clausura el espacio del sujeto y el intervalo entre significantes necesario para su división, nos interroga en torno a su función específica y paradójica, tratándose de un pensamiento continuo y disparatado en torno al objeto, la comida, del que ellas se privan.

Lacan nos ofrece, con una intuición formidable, una lectura de este problema clínico en una lección de su Seminario XXI, «Les non-dupes errent», donde se interroga precisamente acerca de esta obsesión del discurso de las anoréxicas sobre la comida, tratando de que ellas le digan cuál es la razón. Lo que Lacan sostiene es que esta palabra estereotipada continua en torno a la comida tiene la función de defender al sujeto anoréxico de algo que le horroriza: el encuentro con el agujero en el saber, con la inexistencia del Otro. Podríamos decir, entonces, que la anoréxica se defiende del afloramiento del inconsciente en su estatuto real y sin garantía, en su funcionamiento de pulsión. La holofrase de posición propia de la anorexia mental congela la relación del sujeto con el propio inconsciente, desconectándolos. Por esta razón, en el recorrido del tratamiento de pacientes anoréxicas ocurre constantemente que, cuando la estereotipia discursiva se resquebraja, emerge de su discurso una angustia peculiar que ellas indican como ligada al encuentro con la experiencia del vacío. La estereotipia defiende a la anoréxica de la experiencia del vacío, que estructuralmente se abre cuando encuentra algo que presentifica para ella el agujero en el saber. Por ejemplo, para muchas de ellas es insoportable, en el tratamiento en una residencia, que haya un tiempo no estructurado, no completamente lleno de actividades, dejado a su propia decisión.

Un principio típico que organiza el funcionamiento del sujeto anoréxico, es decir, la polarización rígida «todo o nada», podemos encontrarlo operativo también en torno al problema de la relación entre palabra y silencio. En efecto, por un lado, una vertiente típica viene dada, como hemos visto, por la palabra estereotipada que anula el espacio del silencio y su función de tiempo de intervalo entre los significantes. En esta vertiente, la palabra vacía clausura el silencio, trabaja para anularlo. En la vertiente opuesta, tenemos algunos casos, más raros, en que la anorexia se presenta en el plano del lenguaje en la

forma de un silencio que aniquila el espacio de la palabra. Un silencio sin palabra. En estos casos nos encontramos ante formas de anorexia en las que el sujeto se presenta en el plano de la palabra como afectado de mutismo. El silencio se presenta aquí como obsceno, desenganchado de la dialéctica de la palabra, fuera de la ley del discurso, en una posición límite. Se trata de casos, que podríamos llamar de «anorexia verbal», en los cuales, a menudo, el umbral entre la anorexia y el autismo es sutil, y donde la puesta en juego de la palabra asume para el sujeto un valor de alienación insoportable. También aquí, Lacan viene en nuestra ayuda, cuando en el Seminario X *La angustia*, nos recuerda que la condición que permite la resonancia en la experiencia humana de la palabra viene dada por el hecho de que la voz como objeto pulsional puede haber sido perdida por el sujeto, de tal modo que se convierte en algo separado de él y, en consecuencia, extraño aunque íntimo. El hecho de que la voz se haya perdido permite al sujeto incorporarla.[107] Esto da lugar a que la voz resuene en el vacío del Otro, en su punto de no garantía. Esta extimidad del objeto vocal es lo que estructura la posición del neurótico en su relación singular con la palabra y el campo del lenguaje en el marco de la dialéctica de la alienación y separación. Pero es también lo que distingue su relación con el saber como campo estructurado en torno a un agujero, homólogo a la pérdida del objeto que causa su deseo. En la psicosis, el sujeto no experimenta la pérdida del objeto voz, y esta última no por casualidad retorna en lo real a través del fenómeno de la alucinación acústica. El sujeto aquí es acosado e invadido por la voz, que no está separada de él. Sólo si la voz está separada, sólo si se ha perdido, puede resonar para el sujeto, tomando cuerpo en su experiencia del silencio y de la palabra. De otro modo, su manifestación adoptará más la forma de la voz que ordena, que castiga, que condena sin remedio. La clínica de la anorexia mental es raramente una clínica en que los fenómenos elementales de la alucinación acústica se impongan. Esto ocurre en los casos de psicosis franca, y a menudo la voz ordena al sujeto que rechace la comida porque está envenenada o contaminada, o bien en las formas anoréxico-bulímicas impone devorarla sin límites. En cambio, generalmente, lo que ocurre es que la orden superyoica se le impone despiadadamente, pero sin que la voz asuma la forma de un otro concreto (la madre, el padre…) que le ordene que coma o que rechace la comida. No tenemos, pues, una verdadera estructuración de una alucinación acústica en la anorexia mental, sino, en general, un desencadenamiento del mandato superyoico, que hace imposible para el sujeto experimentar el efecto de resonancia interior a la dialéctica de la palabra y a la función del silencio como fondo de la palabra.

Notas:

102. Artículo publicado por primera vez en español en el volumen *Polifonías en psicoanálisis*, al cuidado de J. Gavlovski, Venezuela, Pomaire, 2010, págs. 25-34. Una versión revisada y ampliada fue publicada en inglés en el *European Journal of Psychoanalysis*, 2015, vol. II, nº 1-2, *Femenine pathologies*, págs. 93-100.
103. N. Soria, *Psicoanálisis de la anorexia y bulimia*, Tres haches, Buenos Aires, 2000, pág. 52.
104. D. Cosenza, *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio, Roma, 2008, págs. 140-158.
105. J. Lacan, *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* (1964), Einaudi, Turín, nueva ed. it. al cuidado de A. Di Caccia, 2003, pág. 233.
106. C. Dewambrechies-La Sagna, «L'anoressia vera della ragazza», *op. cit.*, págs. 111-131.
107. J. Lacan, *Il Seminario. Libro X. L'angoscia* (1962-1963), *op. cit.*, pág. 300.

11. El rechazo y su manejo en la cura analítica de la anorexia[108]

El rechazo en la cura de la anorexia

Ahora intentaremos ver cómo una cura analíticamente orientada puede tratar la acción devastadora del rechazo anoréxico. Para hacerlo es preciso distinguir, ante todo, tres tiempos de manifestación del rechazo en la cura de la anorexia. Tiempos lógicos, en los cuales el rechazo se vuelve a presentar, pero en un marco un poco diferente. Es preciso que los pasos de la cura tengan en cuenta estos diversos modos de reaparición del rechazo anoréxico.

El rechazo de entrada

La primera manifestación del rechazo en la cura de la anorexia está al principio. En efecto, para la anoréxica no es en absoluto evidente el enunciado del Evangelio de San Juan que Lacan pone de epígrafe a «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis», según el cual «Al principio era el Logos», al principio era la palabra. Al contrario, el epígrafe que poner al inicio respecto de la anorexia es: «Al principio era el rechazo». Por tanto, en vez de la palabra, el rechazo. Lo fundamental, en el primer momento del tratamiento, es hacer aflorar la estructura de tal fórmula que la anorexia nos presenta. En otros términos, es fundamental aclarar si esta operación, el rechazo en vez de la palabra, debe entenderse en sentido metafórico —el rechazo toma el lugar de una palabra reprimida, sustituyéndola—; o si debemos entenderlo como el efecto de una elección originaria: en vez de la palabra, desde el inicio está el rechazo.

De hecho, en el primer caso, tenemos que enfrentarnos a una modalidad del rechazo que es metáfora de una palabra, con un rechazo que demanda sin saberlo. Éste es el marco de las anorexias histérico-neuróticas, para las cuales el rechazo está en función de demanda inconsciente, e interpela al Otro al nivel del deseo. En el segundo caso, en cambio, el rechazo ocupa el campo de la palabra devastándolo desde el origen, por tanto, no permitiendo que florezca. El campo de la palabra está aquí infestado por el veneno del rechazo, que aniquila su impulso vital. Está claro que ya en este primer tiempo, el tratamiento del rechazo anoréxico cambiará mucho según nos encontremos ante un sujeto que

dice «no» a la cura bajo el primer modo o el segundo. La vía regia del tratamiento, en las anorexias histérico-neuróticas, es estratégicamente la vía de la histerización: hacer aflorar, en el discurso del sujeto, la palabra que subyace a su rechazo, conduciéndolo a reconocerla y a asumirla como propia. En el segundo tipo de casos, lo que permite a un sujeto iniciar una cura a pesar del rechazo es, en cambio, el encuentro con la posición del analista como acto que dice «sí» al sujeto, encarnando para él «otro Otro» respecto de lo que ha encontrado en su vida. Esto puede permitir que una anoréxica comience un tratamiento y se presente a la sesión, a pesar de que no tenga ninguna intención de curarse, y diga que viene solamente para responder a la demanda de sus padres. Esta primera fase del tratamiento, que se parece a una travesía del desierto, porque da la impresión de que no ocurre nada, constituye, por el contrario, un tiempo esencial. En efecto, en este tiempo el analista se convierte, para el sujeto anoréxico, en la encarnación de un Otro habitable que ella puede encontrar.

Claramente, el tratamiento empieza a despegar de verdad cuando la anoréxica experimenta los primeros efectos de un paso crucial: la pérdida del dominio imaginario sobre el propio síntoma. La anoréxica descubre que no es dueña de su síntoma. Y esto produce efectos clínicamente relevantes. Ante todo, tenemos el afloramiento de un punto egodistónico que agujerea la egosintonía típica de la anoréxica. El síntoma la desborda, es más fuerte que ella. Ya no está en condiciones de controlar íntegramente sus efectos y, por tanto, su síntoma la hace sufrir. Nuestro trabajo en este momento de la cura es cómo permitirle encontrar este punto egodistónico, perturbador, como vía alternativa al goce nirvánico-autodestructivo de la anorexia. En este punto de la cura, debemos permitir al sujeto el paso de un goce nirvánico-egosintónico a un goce perturbador-egodistónico. En otras palabras, se trata de sintomatizar la anorexia, transformarla en un síntoma analizable, que divide al sujeto, en el sentido freudiano del término. Éste es el principio de una rectificación subjetiva en la anorexia basada en lo real pulsional del sujeto.

Una función clave en este pasaje corresponde al afloramiento de la angustia del sujeto anoréxico. Como ha subrayado Carole Dewambrechies-La Sagna, la inflexión en la cura de una anorexia verdadera viene dada precisamente por el proceso de restitución al sujeto anoréxico de su propia angustia. Si el afloramiento de la angustia permite al sujeto salir de una egosintonía inercial y mortal, transformando el estatuto real de su síntoma de nirvánico a perturbador, es en la modalidad de tratamiento de la angustia que se ponen las bases de la cura. Un abordaje orientado analíticamente trabajará por una

reducción cuantitativa de la angustia, pero no por su desaparición, siendo la angustia el factor potencialmente transformador de la posición del sujeto. Después de haber hecho posible el afloramiento de la angustia, la operación propiamente analítica sobre ella es doble. Por un lado, desde luego, reducir el nivel de umbral; pero, por el otro, actuar con el fin de que a partir de ella el sujeto convierta su *quantum* de angustia en un síntoma analítico estructurado, es decir, en un sufrimiento atravesado por un enigma articulable simbólicamente. En efecto, el afloramiento distónico-perturbador de la angustia despierta al sujeto que permanecía dormido en el sueño nirvánico-egosintónico de la anorexia, perturbándolo como al despertar de una pesadilla. Es esencial, pues, para evitar que la paciente se asuste por efecto de la emergencia de la angustia, se debe actuar oportunamente con el fin de contenerla (sin eliminarla) en su manifestación y permitir que el sujeto la vincule a un síntoma.

Por tanto, si el primer tiempo del trabajo preliminar va desde la luna de miel hasta el afloramiento de la angustia, el segundo tiempo va desde la angustia hasta la construcción de un síntoma analítico. Este paso coincide en el discurso del sujeto con la transformación de la propia demanda: de demanda de ayuda cuya respuesta está íntegramente en las manos del Otro, a demanda analítica en la que el paciente se hace responsable de su propia respuesta al enigma de su sufrimiento, pasando de la posición de paciente a la de analista.

La condición dinámica que permite esta modificación cualitativa de la demanda viene dada por la activación de la transferencia, cuya apertura es ya un resultado relevante en el trabajo clínico con las pacientes anoréxicas. No se trata solamente de un investimiento imaginario de la figura del terapeuta, que, de todos modos, es preciso que se active en alguna medida. Se trata más bien, sobre todo, del hecho de que el sujeto empiece a interrogar en la cura el propio síntoma como algo enigmático, del que se le escapa el valor que tiene para él. Fenómeno éste que cuando se produce realmente, revela la activación de una transferencia no sólo imaginaria, sino simbólica, en el sentido en que Lacan formuló la estructura de la transferencia como sujeto-supuesto-saber. Llegar a este punto en el trabajo con un sujeto anoréxico significa haberlo conducido a un paso radical de transformación de su posición. La producción efectiva de este resultado ocupa, en general, un período de tiempo significativo del proceso de tratamiento, que puede corresponder incluso a algunos años, y que no se reduce habitualmente en absoluto al espacio de pocas entrevistas preliminares, como ocurre, en cambio, en un tratamiento analítico clásico de un sujeto neurótico.

El rechazo anoréxico bajo transferencia

La irrupción de la experiencia de la angustia en la clínica de la anorexia mental adquiere, en general, la forma de la angustia de desaparición. Ésta se presenta en la transferencia bajo la forma de la amenaza de interrupción del tratamiento. Es bueno que el terapeuta esté preparado en este momento recurrente en la cura de la anorexia mental, que se puede manifestar de algunas maneras típicas: el progresivo adelgazamiento silencioso de la paciente hasta alcanzar un umbral crítico, o su propósito declarado, en un determinado momento, de no continuar con la terapia. La amenaza de desaparición, encarnada por la progresiva consunción silenciosa del cuerpo declarada en el anuncio de la interrupción del tratamiento, introduce un punto de tensión dramática en medio de la cura. Es aquí donde aflora el rechazo anoréxico en el corazón del tratamiento.

Es esencial no encontrarnos, como terapeutas, en esta cita con la paciente anoréxica, en la misma posición en que en circunstancias análogas lo han hecho los padres de la paciente y todos aquéllos que han seguido sus pasos. Pero no significa sólo esto. La anoréxica pone en práctica con esta maniobra un rechazo del Otro en el sentido objetivo del genitivo: un rechazo dirigido al Otro. Ella es aquí el sujeto que rechaza y el Otro es el objeto rechazado por ella. En esta acepción el rechazo es un acto suyo, su acción fundamental, dice Lacan, más allá de la circunstancia de que pueda asumir el valor de un hecho o de un pasaje al acto. Un acto que se convierte con el tiempo en una posición que el sujeto anoréxico reitera y mantiene cotidianamente, covirtiéndose en un estilo de vida, que quizá por esto, por esta repetición continua y cotidiana de lo mismo, toma, de hecho, la forma de la acción: la anorexia es una acción, dirá Lacan en el Seminario XXI, la acción de «comer nada».

Es esencial, en esta coyuntura clínica, el modo en que el Otro, aquí encarnado por el terapeuta, responde al acto de rechazar llevado a cabo por la anoréxica. Aquí entra en juego la otra respuesta constante que la anoréxica produce en el Otro, junto a la respuesta angustiada: la respuesta que rechaza. La paciente anoréxica tiende a hacerse insoportable, para el Otro, por su fijeza inmutable y su encastillamiento en el síntoma. Haciendo así, ella provoca de hecho el rechazo por parte del Otro. Es esencial que el terapeuta no responda al rechazo de la anoréxica con su propio rechazo. Es decir, que no encarne también él, en la primera respuesta, la posición del Otro que rechaza con el que el sujeto anoréxico se ha encontrado en su propia historia. Como muchos han precisado, no se trata, por ejemplo, del hecho de que los padres no

hayan dedicado, en general, sus mejores cuidados a su hija. Sin embargo, lo que revelan las historias clínicas es una dificultad extrema por parte de la hija para soportar las señales de reprobación y de desilusión por parte de los padres, y una dificultad de estos últimos para dejar espacio a un deseo singular de la hija, distinto del suyo, situado más allá del propio horizonte narcisista de investimiento.

La respuesta de los padres a la hija anoréxica está atravesada por una «confusión fundamental» que los conduce a malinterpretar la demanda, como subraya tanto el magisterio de Hilde Bruch (en la vertiente cognitiva), como la lectura de Lacan (en la vertiente afectiva). Es, en otras palabras, una respuesta que no consigue sintonizarse con el núcleo subjetivo de la hija, con la exigencia real que suscita su demanda, reconociéndole así un lugar propio. Ante todo, es preciso evitar responder a la anoréxica de manera especular a su rechazo. Evitar encarnar al Otro que rechaza, posición en la cual la anoréxica tiende a ponernos, antes o después, en la transferencia, se convierte en una maniobra esencial en la cura. Esto nos permite desactivar y sortear la clausura autística del sujeto anoréxico y su impulso a interrumpir el tratamiento, evitando así que la paciente realice lo que, en grado sumo, se convierte en su posición de goce sintomático por excelencia: ser el desecho, la escoria del Otro.

Sobre este punto el diagnóstico estructural se vuelve revelador en la lectura de la función del rechazo de la paciente, y orienta la intervención. En las anorexias histéricas, prevalece la función del rechazo como demanda orientada a provocar en el Otro un reconocimiento a nivel del deseo. En las formas denominadas de anorexia verdadera, a menudo la paciente pone en práctica el rechazo para poder encontrar confirmada, en la respuesta de rechazo del Otro, la condición de goce de ser ella misma la que encarna el rechazo del Otro. En el primer caso, prevalece, pues, el rechazo como provocación (y producción) del deseo, en el segundo el rechazo como provocación (y producción) del rechazo.

El rechazo como vía de evitación de la pérdida en la cura avanzada

El rechazo en la cura de la anorexia se presenta con frecuencia, en una versión particular, en la fase avanzada del tratamiento. Es una maniobra que la anoréxica realiza como modalidad de evitación de la pérdida de un objeto amado. El rechazo como modalidad de evitación de la pérdida actúa típicamente en las interrupciones de la cura de las anoréxicas en fase avanzada del tratamiento. La fórmula de este paso es, por tanto: «el rechazo en vez de la pérdida». También en este caso, es esencial poder

leer la estructura de esta fórmula. Si la entendemos en el sentido de «primero fue la pérdida, luego llegó el rechazo», estamos en el marco de un sujeto neurótico, que repite en la fase final del tratamiento, en la transferencia, su modalidad sintomática de responder a la pérdida del objeto. Este pasaje puede ser interpretado, permitiendo el sujeto reposicionarse respecto de la deriva fantasmática que está llevando a cabo.

Si, en cambio, entendemos este enunciado en el sentido de «en vez de la pérdida, desde el origen está el rechazo», entonces estamos en el marco de una psicosis, tenemos que lidiar con una reactivación de la forclusión (*Verwerfung*) del sujeto. Por tanto, no es posible actuar aquí por vía semántico-interpretativa, sino que es preciso reposicionarse con el fin de desmarcarnos del riesgo de encarnar para el sujeto al Otro del rechazo. En efecto, es a la palabra como acto, como intervención de corte de lo simbólico para circunscribir y reducir lo real del goce, más allá del sentido, a lo que debemos remitirnos, como analistas, en nuestra intervención en el trabajo clínico, y en mucha mayor medida en la clínica de la anorexia mental y de las patologías contemporáneas del exceso. Mucho más allá de las sirenas del sentido y de la interpretación semántico-edípica, que dejamos al psicoanálisis del siglo XX, reservándonos quizás recurrir a ellas en dosis reducidísimas en algunos trances tácticos de la clínica de la neurosis.

Notas:

108. Este capítulo reelabora parte de un texto publicado en *Costruzioni psicoanalitiche*, nº 18, FrancoAngeli, Milán, 2009.

Cuarta parte.
La anorexia en la infancia y en la adolescencia

12. La enseñanza de la anorexia infantil[109]

La cuestión anoréxica en la infancia

Nuestra lectura de la anorexia mental a partir de Lacan ha puesto de relieve un circuito de funcionamiento en el cual el rechazo constituye la acción anoréxica propiamente dicha, y el objeto *nada* lo que funciona como causa fundamental que sostiene dicha acción. En este sentido, aquí para nosotros el rechazo anoréxico es otro modo de decir aquello que para Lacan es la acción propia de la anoréxica: «comer nada».

Según el caso, hemos precisado que el rechazo anoréxico puede responder a diferentes funciones, y que la acción causativa del *nada* puede incidir en modalidades diversas dependiendo de cómo se estructura la posición del sujeto en relación al Otro del saber, es decir, en relación al saber inconsciente (la cadena significante S_1-S_2) y a su núcleo real.

En este capítulo, dedicado a la anorexia infantil, y en el próximo, que se referirá al inicio de la anorexia en la adolescencia, trataremos de poner a prueba cuanto hemos formulado hasta ahora sobre la anorexia mental, teniendo en cuenta estos dos tiempos esenciales en que la respuesta anoréxica toma cuerpo en el desarrollo del sujeto.

¿Por qué no limitarnos, como muchos estudiosos psicoanalistas también de formación lacaniana, a tratar la cuestión en base sólo a la anorexia de inicio en la adolescencia, que para algunos coincide con la anorexia mental misma, con la anorexia verdadera? Ante todo, diría que es el mismo Lacan quien nos empuja también hacia la anorexia infantil, cuando afirma en el Seminario XI que el niño anoréxico come nada.

En varios aspectos, la referencia de Lacan a la anorexia en su punto clave, comer nada, está ligada a la posición del niño, además de las jóvenes anoréxicas (como ocurre, por ejemplo, en el Seminario XXI). Esto nos indica que para Lacan hay algo esencial en la anorexia que liga en un *continuum* su forma de inicio infantil y la iniciada en la adolescencia, a pesar de sus importantes e innegables diferencias. Se tratará entonces de poner a prueba este punto de tensión esencial entre *continuum* y discontinuidad en torno a la cuestión anoréxica pensada en su estructura de funcionamiento.

El punto decisivo que aquí queremos afrontar concierne al problema de la anorexia interrogado desde la perspectiva del desarrollo y de los diferentes tiempos de aparición. Clásicamente, en la literatura de la

psiquiatría psicodinámica de la infancia y la adolescencia orientada por el psicoanálisis, este problema se ha articulado sobre todo en torno a la cuestión de la relación de continuidad/discontinuidad entre trastornos alimentarios de la infancia y la adolescencia, y en particular en torno a la relación entre anorexia infantil y anorexia de inicio en la adolescencia, coincidente para varios autores con la denominada «anorexia verdadera».110

Por esta razón, aquí, nuestra indagación tratará de desarrollar precisamente, ante todo, la cuestión de la anorexia en el tiempo de la infancia y en el de la adolescencia; terreno este último sobre el que es más fácil hallar una literatura psicoanalítica más amplia y fidedigna.

La literatura de ámbito psiquiátrico, psicológico y psicoanalítico tiende a marcar la diferencia y la discontinuidad entre la anorexia de la infancia y de la adolescencia. En particular, clásicamente se hace valer como factor discriminante todo el peso que la cuestión sexual adquiere en la anorexia de inicio puberal y su presentación de manera preponderante como un síndrome femenino, que afecta a mujeres jóvenes en nueve de cada diez casos. Relación que se presenta, en cambio, como absolutamente no significativa en el plano estadístico-epidemiológico en el caso de la anorexia infantil, que afecta indiferentemente a niñas y niños.

Aquí trataremos de articular críticamente el carácter de esta discontinuidad, a la luz de las coordenadas estructurales tomadas de la clínica lacaniana, que hemos aislado como fundamento de la anorexia mental: la peculiar relación del sujeto anoréxico con el Otro (caracterizado por un fundamental rechazo), y su relación con el goce (que hemos caracterizado como nirvánico y afirmativo), que encuentran en el rechazo de la comida una encarnación paradigmática. Ante todo, habrá que articular en qué consiste la anorexia infantil; en segundo lugar, si se puede hablar de una pluralidad de formas de anorexia de la infancia; en tercer lugar, si en la supuesta discontinuidad entre anorexia infantil y anorexia del adolescente y del adulto sólo hay una discontinuidad fenomenológica evidenciada en coyunturas críticas del desarrollo, o si se trata, al mismo tiempo, de una discontinuidad estructural, en que la configuración de la relación del sujeto con el Otro y con el goce asume una forma relacional y un circuito libidinal diferentes. Intentaremos responder a estos tres puntos cruciales, interrogando en primer lugar la perspectiva más reciente de la investigación empírico-experimental en el ámbito de la psicopatología de la infancia, para dialectizarla críticamente con los planteamientos más clásicos del psicoanálisis de la anorexia en edad evolutiva (en particular, con la obra de Brusset), y para releer la cuestión a la luz de las más

recientes contribuciones al respecto provenientes de la orientación lacaniana (Ansermet, Fernández Blanco).

Clínica diferencial de los trastornos alimentarios en la infancia en la perspectiva de los sistemas de clasificación psiquiátrico-descriptivos actuales

A) *Del DSM-IV al CD:0-3R*. La referencia más difundida entre los clínicos relativa a la nosografía en el ámbito evolutivo viene dada actualmente por la *Clasificación diagnóstica de los trastornos de desarrollo en la primera infancia* (CD: 0-3), existente desde 1994. Como subrayan Speranza y Williams, «Se trata de un sistema de clasificación con múltiples ejes que, planteándose de manera complementaria los abordajes existentes, como el DSM-IV-TR (APA, 2000), se focaliza específicamente en las cuestiones evolutivas».111 La principal diferencia de esta clasificación respecto del DSM-IV —distinción que vale también para los trastornos de la nutrición y la alimentación referibles a la infancia (pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de comida) que encontramos en el DSM-5—112 viene dada, ante todo, por la reformulación de los cuadros diagnósticos desde una perspectiva más clásica que se focaliza en el niño, abstrayéndolo de su contexto, hacia una perspectiva más compleja que lo inscribe en su mundo relacional y en su momento de desarrollo. «En efecto, los sistemas de clasificación tradicionales tienden a considerar los trastornos alimentarios como problemas del niño en cuanto individuo en sí mismo, sin considerar ni los aspectos evolutivos, ni los relacionales dentro de los cuales se presentan estos trastornos»,113 subraya Speranza. Si bien en la versión más actualizada destinada a la infancia, constituida por el DSM-PC (*Diagnostic and Statistic Manual for Primary Care*, AAP, 1996), el manual presentaba la novedad de introducir, entre las características del trastorno alimentario en la infancia, un trastorno «entre el padre y el niño», esto, sin embargo, no ha impedido a los especialistas del sector, en particular bajo el influjo de las nuevas teorías y los métodos del *Infant research* y de la *Developmental Psychopathology*, criticar el planteamiento categorial general y orientarse más decididamente hacia el *CD:0-3*, en particular en su versión más actualizada, el *CD:0-3R* (2005).

El DSM-PC presenta, en su descripción clínica del trastorno de la nutrición de la alimentación de la infancia y la pubertad, una serie de factores de riesgo en los cuales la componente relacional está presente: además de un temperamento difícil del niño y un comportamiento aversivo en relación a la comida, indica, en efecto, interacciones perturbadas con el cuidador, la presencia de estrés psicosocial en la

familia, unidos a problemas relativos al apego, a la autonomía, a la autorregulación y a la separación. Sin embargo, sus críticos de impronta más psicodinámica-evolutiva subrayan el hecho de que estas características están indicadas sólo como asociadas al trastorno, y no, en cambio, como factores constitutivos del trastorno mismo. Lo que, además, es criticado en el planteamiento del DSM es también la *reductio ad unum* de los diversos subtipos de trastornos alimentarios bajo una única categoría diagnóstica, además de la escasa consideración de los factores ligados al desarrollo (Chatoor y Ganiban, 2004).114

B) *La clasificación de los trastornos alimentarios infantiles de Irene Chatoor y el sistema CD:0-3R*. Desde la perspectiva introducida por la estudiosa estadounidense Irene Chatoor y luego asumida en el sistema CD:0-3R, el encuadre de los trastornos alimentarios infantiles sale del rígido y reductivo marco categorial del DSM, para reformularse en el marco de un plantemiento multifactorial centrado en la dimensión relacional y evolutiva. No por casualidad tales trastornos son aquí clasificados dentro del Eje II, definido como «trastornos de la relación».

El desarrollo aquí debe entenderse «como una resolución interactiva de tareas adaptativas según una secuencia epigenética establecida».115 En este marco, la primera infancia se caracteriza por el paso del niño pequeño a través de tres tareas de desarrollo fundamentales, que, a cada paso, exigen a la pareja madre-niño una nueva adaptación: «El alcance de la homeostasis, la construcción del vínculo de apego y la transición hacia la autonomía (proceso de separación-individuación)».116

Chatoor y Ganiban (2004) exploran de manera específica estas tareas en lo que corresponde a la adquisición en el niño de una alimentación internamente regulada. Esto incluye la adquisición del reconocimiento y la discriminación de las señales de hambre y de saciedad (0-2 meses), una interacción regulada entre niño y cuidador en apoyo de la autorregulación del niño respecto de la alimentación (2-4 meses), hasta llegar en el niño, después del destete, a la alimentación autónoma (de 6 meses a 3 años).

Para cada uno de estos aspectos identifican un trastorno alimentario específico, como se indica en la clasificación diagnóstica CD:0-3:

1. Trastorno alimentario de regulación de estado (homeostasis):
a) El niño tiene dificultades para alcanzar y mantener la calma durante la alimentación (p. ej., el niño está demasiado dormido, demasiado agitado y/o demasiado estresado por la alimentación).
b) Las dificultades alimentarias empiezan en el período neonatal.
c) El niño no gana peso o pierde peso.

2. Trastorno alimentario de reciprocidad en la relación cuidador-niño:
a) El niño no muestra señales de reciprocidad apropiadas desde el punto de vista evolutivo (p. ej., contacto visual, sonrisa, vocalizaciones, etc.) con el cuidador durante la alimentación.
b) El niño muestra un significativo déficit de crecimiento.
c) La falta de crecimiento o la ausencia de relacionalidad no se deben a un trastorno físico o a un trastorno generalizado del desarrollo.

3. Anorexia infantil:
a) El niño rechaza comer una cantidad adecuada de alimento durante al menos un mes.
b) El inicio del rechazo de la comida se presenta antes de los 3 años.
c) El niño no muestra tener hambre ni tiene interés por la comida, pero evidencia signos de interés por la exploración, por la interacción con el cuidador o por ambos.
d) El niño muestra un déficit significativo de crecimiento.
e) El rechazo de la comida no aparece como consecuencia de un hecho traumático.
f) El rechazo de la comida no se debe a una causa médica.

Junto a estas tres formas fundamentales de trastorno alimentario en la infancia, el CD:0-3R indica también otros tres cuadros clínicos: las Aversiones sensoriales a la comida, el Trastorno alimentario asociado a un problema médico y, por último, el Trastorno alimentario postraumático.

4. Aversiones sensoriales a la comida:
a) El niño rechaza comer alimentos con particulares características en el gusto, en la consistencia, en el olor o en el aspecto.
b) El inicio del rechazo de la comida se verifica durante la introducción de otro tipo de comida.
c) El niño come sin dificultad cuando se le ofrecen sus alimentos preferidos.
d) El rechazo de la comida provoca déficits nutricionales específicos y/o retrasos en el desarrollo motor-oral.

5. Trastorno alimentario asociado a una condición médica:
a) El niño empieza rápidamente la alimentación, pero en el curso de la misma da muestras de malestar y rechaza seguir comiendo.
b) El niño tiene un problema médico asociado que se estima que es la causa del malestar.
c) Los cuidados médicos mejoran, pero no alivian completamente la causa del malestar.
d) El niño no gana peso o pierde peso.

6. Trastorno alimentario postraumático:

a) Rechazo de la comida a consecuencia de un hecho traumático o de repetidos problemas traumáticos del tracto orofaríngeo o gastrointestinal (p. ej., ahogo, vómito grave, introducción de tubos nasogástricos o endotraqueales, aspiraciones) que desencadenan intenso estrés en el niño.

b) Rechazo consistente de comer que se manifiesta de una de las siguientes maneras:

– Rechaza beber del biberón, pero puede aceptar la comida ofrecida con la cuchara o las manos.
– Rechaza alimentos sólidos, pero puede aceptar el biberón.
– Rechaza cualquier alimentación oral.

c) El recuerdo de los hechos traumáticos provoca malestar, que se manifiesta con uno o más de los siguientes comportamientos:

– Puede mostrar ansiedad anticipatoria cuando es colocado para comer.
– Muestra intensa resistencia cuando se acerca al biberón o a la comida.
– Muestra intensa resistencia a tragar la comida que tiene en la boca.

d) El rechazo de la comida representa una amenaza aguda o a largo plazo para la nutrición del niño.

C) Los trastornos alimentarios en la infancia en el PDM *(Psychodinamic Diagnostic Manual, 2006)*. La apertura al fundamento relacional en juego en los trastornos de la alimentación desde la infancia es aún más marcada en el reciente sistema clasificatorio PDM, surgido en Estados Unidos por la exigencia de ir más allá de un abordaje meramente descriptivo y rígidamente categorial en el diagnóstico, como es el DSM, y expresión de las orientaciones más psicodinámicas en el ámbito clínico estadounidense. El terreno de cultivo de este Manual es la crisis del DSM-IV —pero el asunto no nos parece que cambie en absoluto en su esencia tampoco en la 5ª edición de 2013— y el intento de unir el rigor de la investigación empírica con la relevancia de la experiencia clínica, la cual era sacrificada y perdida, según los autores, en el dispositivo clasificatorio del DSM. A un planteamiento que proclama ser ateórico como el del DSM, los autores del PDM responden con una perspectiva explícitamente psicodinámica, deudora en particular del saber psicoanalítico arraigado en la cultura clínica angloamericana. La obra vuelve a proponer en su articulación conceptos clave del psicoanálisis dejados caer en las recientes ediciones del DSM, como, en particular, la noción de neurosis, de síntoma, de histeria y de sujeto. Se articula en tres grandes Ejes (*Pattern* y trastornos de personalidad – Eje P; Perfil del funcionamiento mental – Eje M; *Pattern* sintomáticos: la experiencia

subjetiva – Eje S), y hace valer en la articulación diagnóstica una aproximación dimensional más que categorial.

El PDM mantiene también diferenciados los cuadros clasificatorios en base al desarrollo, distinguiendo la «Clasificación de los trastornos mentales de los adultos» (Parte I) de la «Clasificación de los trastornos mentales de niños y adolescentes» (Parte II), que incluye también una específica «Clasificación de los trastornos mentales y del desarrollo en recién nacidos y niños pequeños».

Por lo que se refiere a los trastornos de la alimentación, estos son codificados en el Eje S («*Pattern* sintomáticos: la experiencia subjetiva», en las tres clasificaciones ligadas al desarrollo. El principio básico del PDM es que cualquier trastorno o *pattern* sintomático (Eje S) sólo puede constituir un factor de diagnóstico a la luz del cuadro de personalidad (Eje P) y del perfil de funcionamiento mental (Eje M) del paciente. Obviamente, esto vale también para los trastornos de la alimentación, que adquieren, por tanto, un valor y una función diferente según la personalidad, el funcionamiento mental y el momento del desarrollo en que éste se presenta en la vida del sujeto y en el encuentro con el clínico.

En la parte inherente a los trastornos de la alimentación en adultos, el PDM retoma los diagnósticos de anorexia y bulimia del DSM-IV añadiendo aspectos que generalmente se destacan en los testimonios de los clínicos que trabajan en este campo (y recogidos con el sistema de la SWAP-200 de Westen y Shedler, 2003), sobre la experiencia interna recurrente del paciente afectado por trastornos de la alimentación. El manual lo define más precisamente como «descripciones de las experiencias internas y no inmediatamente observables de personas con trastornos de la alimentación, incluidos conflictos emocionales y preocupaciones que aparentemente tienen poco que ver con la comida».117 Esta parte, a la que nos referiremos más adelante, está dividida en cuatro *clusters* relativos a los estados afectivos, a los *patterns* cognitivos, a los estados somáticos y a los *patterns* relacionales, y es considerada en el manual válida también para la clasificación de los trastornos de la alimentación en la infancia y la adolescencia, donde anorexia y bulimia son definidas como «Trastornos psicofisiológicos».118

Algunas notas aparte, en cambio, están reservadas específicamente a la clasificación de los trastornos de la alimentación en los recién nacidos y en los niños pequeños, en un eje específico de este período del desarrollo denominado IEC. Se trata de la franja de edad correspondiente más o menos a la clasificación elaborada por Chatoor e incluida en el CD:0-3R. Los puntos más relevantes del PDM sobre los trastornos alimentarios del recién nacido y del niño pequeño pueden ser sintetizados en cinco puntos:

1. Los trastornos de la alimentación (TA), como los del sueño, pueden ser sintomáticos de muchos de los trastornos interactivos.
2. Los TA pueden representar un trastorno de la regulación con hipersensibilidades sensoriales y dificultades motoras orales.
3. Los TA pueden reflejar la ansiedad residual derivada de los problemas biológicos no resueltos (dificultades gastrointestinales, reflujo y otras patologías) que habían determinado angustia y falta de placer ante la alimentación.
4. Los TA pueden depender de manera significativa de las interacciones entre cuidador y niño:

4.1. (P. ej.: en ausencia de cuidados adecuados podemos confiar demasiado en comer para obtener consuelo y alivio).

4.2. (P. ej.: en ausencia de expresión simbólica, el miedo, la rabia o el rechazo pueden ser expresados por medio de un rechazo de la comida).

4.3. La ausencia de *patterns* de alimentación adecuados en una familia puede alterar el desarrollo del pequeño.

4.4. La presencia de un trastorno alimentario en uno de los padres puede facilitar el desarrollo de un trastorno alimentario en un hijo.[119]

Un abordaje paidopsiquiátrico de orientación analítica de la anorexia del niño: la contribución de Bernard Brusset

a) *La anorexia mental entre trastorno alimentario y trastorno de la relación primaria madre/niño*. Después de haber indicado sucintamente los principales puntos emergentes de las más recientes clasificaciones psiquiátricas sobre los trastornos alimentarios de la primera infancia basadas en los datos de la investigación empírica, sensibles a la dimensión relacional-interactiva en juego en la base de los trastornos alimentarios, es útil ahora dar paso a la indagación clínica del psicoanálisis en su sentido más propio, para rastrear la divergencia respecto de los planteamientos más experimentales y cuantitativos. Desde luego, no es nuestra intención hacer aquí una reseña sistemática de las contribuciones de los psicoanalistas que se han ocupado de los trastornos alimentarios en la infancia. Lo que más nos interesa es introducir las coordenadas de un trabajo paradigmático de la paidopsiquiatría psicoanalítica, referencia esencial en la actualidad para quienes se ocupan de la clínica de la anorexia de la infancia y la adolescencia, capaz de funcionar como puente entre las clasificaciones psiquiátrico-descriptivas de los trastornos alimentarios en la infancia que hemos visto y los planteamientos propios de la orientación lacaniana

ante el problema de la anorexia infantil.

El ya clásico trabajo de Brusset *El plato y el espejo. La anorexia mental del niño y el adolescente* continúa siendo, a pesar de que han pasado más de cuarenta años desde su publicación, una de las referencias clave de los abordajes psicodinámicos en psiquiatría y psicoanálisis en torno al tema de la anorexia mental en la infancia y la adolescencia. Como ya hemos visto en el tercer capítulo, su perspectiva será enriquecida por el libro que escribirá veinte años después, *Psicopatología de la anorexia mental*, pero el marco de referencia respecto de la anorexia será siempre el ofrecido en *El plato, el espejo*.

Retomar aquí los puntos relevantes de su teoría de la anorexia infantil nos permite ya medir el alcance y los límites internos de las clasificaciones más recientes de los trastornos de la alimentación en la primera infancia a las que nos hemos referido. Ante todo, es importante tener presente que para Brusset la anorexia mental como tal, en otros puntos definida como anorexia esencial, constituye «una organización mental original»;120 que su forma en la primera infancia y la que se inicia en la adolescencia son heterogéneas entre sí en varios aspectos; pero que, sin embargo, tienen al menos un punto clave que las une:

> «La característica de la anorexia del adolescente y del lactante consiste precisamente en la asociación de los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos relativos a la esfera de las interacciones familiares».121

Reconsiderar el trastorno alimentario como trastorno relacional, en línea con las pioneras del abordaje psicodinámico de la anorexia, Hilde Bruch y Mara Selvini Palazzoli, como indica aquí Brusset, es en el fondo la operación reformadora que está en la base de las más recientes clasificaciones psicopatológicas de la anorexia en contraste con el DSM-IV: el CD:0-3 para la anorexia infantil y el PDM. Brusset hace un trabajo exhaustivo para distinguir la anorexia mental de la anorexia orgánica; para mostrar que no se puede reducir ni a una pérdida del hambre ni a una alteración del apetito; para distinguir, retomando a Kreisler, la forma simple de la anorexia (reacción a un error de actitud materno fácilmente resoluble con su reposicionamiento) de la anorexia mental grave, no curable a través de medidas terapéuticas sencillas.122

Brusset nos proporciona en esta obra una definición simple y rigurosa de la anorexia mental que permite introducir, en el contexto de la interacción madre/niño, el nudo fundamental que hemos querido poner en el centro de nuestra indagación clínica:

> «Partiendo de la observación directa *podemos considerar la anorexia como una*

conducta de rechazo, dentro de la transacción madre-niño».[123]

b) *Rechazo en la anorexia infantil y anorexia de destete*. Por tanto, no es la pérdida de hambre, ni la alteración del apetito, sino el rechazo lo que pone de relieve Brusset como operación específica de la anorexia mental del niño y el adolescente. En consecuencia, la cuestión que nos planteamos es qué características adopta el rechazo en la anorexia infantil, si es posible indicar formas diferentes y, por último, qué relación tiene —en el caso de que la tenga— con el rechazo en la anorexia de la adolescencia.

Mientras tanto, es interesante destacar el hecho de que el diagnóstico de anorexia del niño formulado por Brusset, definido también como «anorexia de destete», coincide (y no sólo por su encuadre temporal) con el diagnóstico de anorexia infantil formulado por Irene Chatoor e incluido en el sistema de clasificación CD:0-3R.[124]

Encontramos aquí, en la forma más propia de la anorexia infantil, el rasgo bifronte que tanto afecta también en muchos casos a la anorexia del adolescente, tomando la forma de un hiperactivismo: una vitalidad de fondo unida a un rechazo marcado y repentino de la comida.

c) *Anorexia de oposición y anorexia de inercia*. Brusset también recupera a este respecto una distinción clásica entre una *anorexia de oposición*, reactiva, vital, contrapositiva y activa, y una *anorexia de inercia*, pasiva y al menos aparentemente privada de intencionalidad y aparentemente no conflictiva, como dos modalidades irreductibles entre ellas a través de las cuales el niño anoréxico pone en práctica el rechazo de la comida.

> «De este modo, se ha intentado contraponer la anorexia de inercia y la anorexia de oposición. En la *anorexia de inercia* el niño parece saciado desde el inicio de la comida; no presenta crisis ni da señales de agitación. Este tipo de anorexia se manifiesta a mitad de la comida y, por cuanto se refiere a algunos alimentos, puede ser intermitente o permanente. Puede limitarse a algunas comidas. La *anorexia de oposición* es una conducta activa, mediante la cual el niño manifiesta una hostilidad, que se hace evidente sólo en el momento en que se intenta hacerle comer; en otros casos, el niño es muy vivaz y amable. Puede asociarse el vómito. Cualquiera que sea el valor descriptivo de estas distinciones, se plantea el problema de la base teórica de este síndrome».[125]

d) *Anorexia de inercia y autismo: una cuestión abierta*. Podríamos formular la hipótesis de que la anorexia de oposición, en la que tendemos a reconocer la forma paradigmática más propia de la anorexia mental, corresponde al cuadro de la anorexia infantil que Chatoor situará

descriptivamente a partir del sexto mes, donde está en juego tanto la problemática del destete y la separación, como, con el tiempo, el paso a la alimentación autónoma del niño. En este se evidencia más el valor de contraposición y de poder frente al Otro que se ocupa de él (ante todo, la madre) que el niño escenifica en el rechazo de la comida. Aún antes de cualquier valoración relativa a la estructura de la personalidad, de lo que aquí se trata es de un acto del niño, el rechazo de la comida, que pone en cuestión a algún otro, y por tanto con un esbozo de relación dialéctica.

En cambio, en los cuadros propios de la denominada anorexia de inercia podríamos quizá suponer la hipótesis de formas de anorexia precoz más afines a los cuadros que Chatoor sitúa descriptivamente en los primeros dos (trastorno alimentario de regulación de estado) y cuatro meses (trastorno alimentario de reciprocidad en la relación cuidador-niño) de vida, donde el rechazo de la comida parece asumir un valor diferente para el niño, mostrando los rasgos de una aparente indiferencia y no su investimiento de las sustancias alimentarias. Es en este cuadro que podemos localizar el terreno de proximidad y en varios casos de intersección entre formas de anorexia precoz y psicosis infantiles, en las cuales se encuentra como prevalente la dimensión de la retirada y la clausura, de la inercia y de una aparente pasividad. Como trataremos demostrar mejor más adelante, ocupándonos de las elaboraciones lacanianas sobre la anorexia infantil precoz, la hipótesis que formulamos es que en estos cuadros de anorexia precoz pasiva se debe reconocer en acto la función primaria del rechazo como defensa ante el desamparo (*détresse*) que la vida conlleva. En efecto, no pocos casos indicados por Brusset entran en los cuadros de lo que él define como anorexia mental grave, donde la simple modificación de la posición inadecuada del cuidador no es suficiente para el tratamiento y no pocas veces nos vemos obligados a recurrir a auxilios farmacológicos y a la hospitalización del niño. Entre estos, Brusset indica la anorexia en los cuadros de depresión anaclítica del lactante y las psicosis infantiles precoces,126 próximas al autismo, mencionando a este respecto el caso de John, el anoréxico expuesto por Bettelheim en *Los evadidos de la vida*.

e) *Anorexia infantil y estructuras de personalidad: los cuadros perverso y psicosomático*. La perspectiva clínica de Brusset, en cualquier caso, mantiene abierta a una pluralidad de formas la cuestión de la relación entre anorexia infantil y estructura de personalidad. En el espectro de las formas de anorexia con gravedad estructural, junto a estos cuadros más francamente psicóticos, indica también el cuadro de una *anorexia mental perversa*, caracterizada por un uso perverso del síntoma alimentario en la lucha de poder sin límites del niño con la madre, en la cual la estructura

de la relación acaba asumiendo una forma sadomasoquista que corre el riesgo de «entrar a formar parte de la estructura del carácter del niño».127 Brusset indica también algunas *formas de anorexia psicosomáticas*, en que «la actividad del niño parece reducida y los trastornos se manifiestan no tanto en el plano del comportamiento como en el fisiopatológico».128 Cualquiera que sea, de todos modos, el marco de personalidad, la anorexia mental infantil se presenta para Brusset como una cuestión ligada estrechamente a las dificultades de la madre en funcionar para el niño como Otro en condiciones de acogerlo y sostenerlo en el proceso de simbolización de los estados del propio cuerpo y de la relación con el objeto. En este sentido, no es posible un tratamiento que no considere un tratamiento de la posición del Otro materno teniendo en cuenta su especificidad, ni permita a la madre llegar al fondo de su propia angustia respecto del niño y su alimentación. Esto vale tanto para las formas denominadas sencillas como para las formas graves de anorexia.129

La perspectiva de la orientación lacaniana sobre la anorexia infantil

Lacan y el rechazo del niño anoréxico como acción: comer nada

La orientación de la Escuela de Lacan, a diferencia de la copiosa y fecunda producción en torno a la anorexia iniciada en la adolescencia y en la vida adulta, presenta escasas contribuciones teórico-clínicas significativas sobre la anorexia infantil. Esto no se justifica en absoluto en un desinterés de Lacan por la anorexia infantil precoz ni porque en su concepción destacara exclusivamente la anorexia de la adolescencia, que según algunos autores lacanianos, como Dewambrechies- La Sagna, es sinónimo para él de anorexia mental o verdadera. Sin embargo, la tesis clave que Lacan formula en el Seminario de 1964 *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*:

> «En la anorexia mental, lo que come el niño es nada».130

nos obliga a poner cuanto menos en discusión esta lectura. En efecto, en esta afirmación de Lacan: a) la anorexia mental se refiere explícitamente al niño (y, por tanto, no podemos sostener que concierna solamente al cuadro clínico de la joven [*jeune fille*]); b) el niño anoréxico pone en práctica lo que para Lacan es la operación estructural que designa a la anorexia mental como tal, más allá de su momento de aparición en el cuadro del desarrollo: *comer el nada*. En el anterior capítulo de este

trabajo hemos intentado explorar en detalle el valor clínico de esta operación y el carácter particular del objeto *nada* en la enseñanza de Lacan, y específicamente su función en la clínica de la anorexia mental. De todos modos, lo que ya merece la pena subrayar como aspecto relevante es que Lacan lee la operación esencial del niño anoréxico como una acción, su rechazo de la comida como un acto, una decisión subjetiva. Qué sostiene una decisión tan radical en el niño es la verdadera cuestión enigmática de la anorexia infantil. Pensar en el niño como sujeto, como hace Lacan, significa pensar que, si bien esto surge en el campo del Otro, él no está completamente en manos del Otro, sino que puede poner en práctica una maniobra que lo identifica. En este sentido, él plantea, más en general, el destete del niño en cuanto tal como una operación activa del sujeto en vías de constitución, relanzando la idea de un «deseo de destete» en el niño formulada el año anterior en el Seminario X *La Angustia*. En efecto, es aquí donde Lacan afirma claramente que el destete es algo que el niño pone en práctica, no algo que sufre.131 Esto nos permite ver en Lacan una concepción del niño como sujeto activo ya en la primera infancia, en línea con los descubrimientos experimentales más avanzados sobre la primerísima infancia (entre otros, en particular, la inexistencia de un autismo originario, punto de partida del desarrollo sostenido por Frances Tustin) llevadas a cabo, primero, en el plano cualitativo por la *Infant Observation* (véanse, en particular, los escritos de Ester Bick y Marta Harris),132 y en las últimas décadas en el plano de la investigación experimental-cuantitativa en la *Infant Research*, en especial en la investigación de Daniel Stern sobre la interacción precoz madre-niño. También la anorexia mental del niño se presenta en Lacan como acción pero como veremos esta no se orienta por lo general, en nuestra opinión, en la misma dirección que el «deseo de destete» del niño y no apunta a una maniobra efectiva de separación del objeto de la primera satisfacción. Como hemos intentado demostrar hasta ahora, en el corazón de la maniobra anoréxica, aunque animada por un proyecto de tipo dialéctico-separativo, hay un núcleo antiseparativo en el cual el objeto *nada* funciona en el sujeto anoréxico como «causa de no-deseo», como impulso a la inercia, como goce del Uno sin Otro. Éste es el nudo fundamental a partir del cual la contribución de la orientación lacaniana puede iluminar con otra luz la cuestión de la anorexia infantil, no sólo respecto de las nosografías psiquiátricas internacionales actuales, sino también de la lectura magistral ofrecida por Brusset.

La contribución de Manuel Fernández Blanco

a) *La apuesta inconsciente del sujeto anoréxico: excavar un agujero en lo real con la propia muerte*. Es en particular a las contribuciones recientes de Manuel Fernández Blanco y de François Ansermet a las que nos referiremos aquí en el intento de articular una orientación lacaniana en la clínica de la anorexia precoz. Ambos argumentan sus tesis a partir de la experiencia clínica en el ámbito hospitalario en la neonatología y en la pediatría y neuropsiquiatría infantil, Fernández Blanco en La Coruña, Ansermet en Lausana y Ginebra.

Fernández Blanco, en una conferencia titulada «Teoría y clínica de la anorexia mental», expone su concepción, que se estructura en torno a algunas tesis de fondo, de las cuales la primera nos parece en línea con el meollo de la concepción de Brusset:

> «La anorexia en el lactante y en la primera infancia constituye una expresión de rechazo total en la relación materno-filial».133

Es respecto del carácter y de la función de tal rechazo en la relación madre-niño que Fernández Blanco introduce, en relación con el cuadro dilucidado por Brusset, los elementos que caracterizan a un planteamiento lacaniano de la anorexia infantil. En primer lugar deduce de las referencias de Lacan, unidas a la propia experiencia clínica, un rasgo distintivo del vínculo materno-filial en la anorexia infantil:

> «El denominador común de estas referencias es que Lacan relaciona la anorexia con el vínculo materno-filial de saturación asfixiante, donde es el niño el que debe hacerse cargo de la separación, del destete, aunque para hacerlo deba encarnar el objeto perdido en lo real».134

Podríamos decir, sobre este punto, en otras palabras, que es la génesis del rechazo en su función de (intento de) separación la que, aquí, encarna la anorexia del niño en su movimiento paradójico: debe esquivar la muerte encarnándola en lo real del cuerpo para poderse separar de un Otro sin fisuras que no le deja un espacio propio. En efecto, así continúa al respecto Fernández Blanco:

> «Es la apuesta inconsciente del sujeto anoréxico: excavar en el Otro un agujero en lo real con la propia muerte, ya que no ha creído excavarlo en lo simbólico con su vida».135

Con estas premisas, el autor retoma a partir de casos clínicos tratados en el hospital las distinciones clásicas en la nosografía psiquiátrica sobre la anorexia de la primera infancia, marcando una distinción entre las anorexias esenciales precoces de tipo inerte y pasivo, con inicio precocísimo y de evolución grave, y anorexias de oposición que se

desarrollan a partir del sexto mes; hasta llegar a formas caracterizadas como más marcadamente neuróticas, en que la anorexia se presenta como un síntoma en el sentido clásico del término, mediante el cual el niño interroga el deseo del Otro.

b) *Asfixia saturadora materna, déficit de la función paterna*. Fernández Blanco subraya, además, algunas características comunes a los casos de anorexia infantil, donde podemos hallar en realidad elementos en línea de continuidad con las características de la anorexia del adolescente: a) en la madre, una postura de anulación y de negación de la subjetividad y las demandas del niño, y su focalización en las necesidades físicas; b) una escasa presencia de la figura paterna en el deseo materno y, por tanto, una dificultad del padre para funcionar como tercer elemento que media en la relación madre-hijo, dejando al niño en relación, sin mediación, con la pulsión materna. Este aspecto ligado al carácter deficitario de fondo de la función paterna constituye quizá el rasgo más característico de las lecturas de orientación lacaniana de la anorexia mental, en general poco valorizada, descuidada o ausente en las lecturas provenientes de otras orientaciones.

c) *Rechazo masivo del Otro y rechazo sintomático: un principio para el diagnóstico diferencial de la anorexia infantil*. Aunque es verdad que estos rasgos parecen comunes a las anorexias de la primera infancia, es esencial distinguirlas atentamente por lo que respecta a su función en la estructura de personalidad del sujeto. Precisamente debido a ello, Fernández Blanco propone dividir el campo de la anorexia infantil en dos grupos, a partir de la peculiar «posición de rechazo» del niño anoréxico. Al respecto, distingue aquellos casos en que estamos ante «un rechazo masivo de la demanda del otro, y que remiten a una estructura psicótica», de aquellos casos en los cuales «el rechazo es sintomático y remite a una estructura neurótica». Se trata, en el fondo, de la perspectiva clásica propia de la clínica estructural-diferencial lacaniana, ampliamente utilizada por la mayoría de los autores de matriz lacaniana que se han ocupado de la anorexia del adolescente y el adulto (Menard, Soria, Recalcati, Cosenza…) para aportar luz sobre la cuestión diagnóstica. Con la excepción, varias veces recordada, de Dewambrechies-La Sagna, que ve en la anorexia mental de la joven un cuadro en sí mismo, que se debe distinguir cuidadosamente tanto de las formas histérico-neuróticas de anorexia, como de los síntomas anoréxicos en los cuadros psicóticos.

d) *La anorexia de la primera infancia entre formas autístico-psicóticas y neurosis*. Los elementos en los que se basa, según Fernández Blanco, un

diagnóstico de psicosis en una anorexia infantil precoz son los siguientes:

a) estamos claramente ante fenómenos clínicos que revelan una dificultad de separación del niño, como otro diferenciado, de la madre;
b) por esta razón, según el autor, no podemos hablar de síntomas en sentido estricto, como en las formas neuróticas;
c) la anorexia, en estos casos, es una respuesta de rechazo del niño en lo real del cuerpo, sin mentalización, sin mediación simbólica;
d) tratándose de un vínculo simbiótico de indiferenciación entre madre e hijo, donde es difícil, si no imposible, establecer una separación simbólica, un problema análogo se produce también cuando se introduce la comida como objeto diferenciado (sobre todo con el paso a la cuchara): el niño puede percibirlo como algo extraño, y de ahí puede surgir el rechazo;
e) por estas razones, cuando se presenta un cuadro de anorexia precoz grave, ésta puede ser una de las primeras manifestaciones de autismo o de psicosis infantil.

En cuanto a las formas neuróticas de anorexia infantil, en cambio, el autor señala los siguientes elementos:

a) los trastornos se presentan más tarde, cuando el niño ya ha comenzado a diferenciarse y a separarse de la propia madre;
b) en este momento, el niño rechaza los alimentos, oponiéndose a la demanda de la madre, en el intento de empujar al deseo materno a no reducirse a simples cuidados;
c) en su evolución posterior, estos pacientes quedan fijados en un modo de relación con el otro de tipo opositor, que mantiene una postura de reproche, protesta y rebelión latente;
d) se trata de niños con dificultades en la elaboración mental de los conflictos psíquicos, que recurren a la vía de la somatización;
e) en muchos casos, la anorexia se extiende al plano escolar, y presentan al principio de la escolaridad una actitud de inapetencia o de rechazo del saber.

La contribución de François Ansermet

La contribución de François Ansermet «La anorexia del lactante. Oralidad y constitución subjetiva»,136 se nos presenta como un trabajo original en el que a) el autor trata de desarrollar una teoría diferencial de la anorexia infantil precoz, articulando a la luz de la experiencia clínica en neonatología orientada por el psicoanálisis la diferencia clásica entre

anorexia precoz activa y pasiva; b) ofrece algunas indicaciones relevantes relativas al tratamiento; c) por último, plantea una hipótesis, en el íncipit de su artículo, relativa a la diferencia entre anorexia infantil precoz y anorexia del adolescente, que merece, en nuestra opinión, ser discutida y examinada.

a) *El paradigma dialéctico-histérico de la anorexia del adolescente y la cuestión de la anorexia precoz*. Partimos precisamente de este tercer punto, que hace de premisa a las tesis de Ansermet, la diferencia entre la anorexia del lactante y la anorexia del adolescente. Él lo articula a partir de un presupuesto inicial: la anorexia del adolescente como fundamentalmente estructurada en torno a la dimensión del deseo y al circuito rechazo/deseo, siguiendo la indicación clásica ofrecida por Lacan en «La dirección de la cura».137 En nuestra lectura (pero también en la de otros autores del campo lacaniano como Menard, Soria, Recalcati, Fernández Blanco, Dewambrechies-La Sagna…), esta referencia se presenta, sin embargo, como no exhaustiva del campo de la anorexia del adolescente, porque la resuelve fundamentalmente remitiéndola al cuadro de la anorexia histérica. Podríamos añadir también que esta referencia de Lacan se sitúa aquí sólo en un tiempo de su enseñanza, la fase clásica, ligada a la primacía de lo simbólico y del deseo, pero no es ésta la última palabra de Lacan respecto de la anorexia. Para usar una distinción reciente de Dewambrechies-La Sagna, la anorexia fundada en el deseo, en la estructura rechazo/deseo, nosotros diríamos en el rechazo en función de demanda, es el cuadro de la anorexia histérico-neurótica y gira en torno a una clínica del falo; a diferencia de la anorexia «verdadera» de la joven, en que el rechazo de la comida no tiene estructura metafórica, sino que es un fenómeno «fuera del discurso de hecho», y entra en el cuadro de una clínica del objeto. Sin embargo, aun no compartiendo la tesis de la anorexia mental como una estructura en sí misma, coincidimos con Dewambrechies-La Sagna en la idea de que reducir la anorexia del adolescente en su manifestación predominante a la estructura histérica y a la función del deseo es un forzamiento, ligado a una lectura clásica en el lacanismo, que la clínica actual de la anorexia en la adolescencia no nos permite. Desde luego, hay una clínica de la anorexia mental en la adolescencia que cabe en el paradigma de la histeria, pero no se trata más que de un área de la clínica de la anorexia mental en la adolescencia, y en mi opinión ni siquiera del área preponderante.

b) *Anorexia infantil precoz como clínica de la «emergencia del sujeto»*. Y, sin embargo, a pesar de que esta premisa de fondo es discutible, el desarrollo de las tesis de Ansermet sobre la anorexia precoz es

interesante. Ante todo, articula una diferencia entre «dialéctica del deseo» y «emergencia del sujeto», sosteniendo que la anorexia infantil precoz, la del lactante, no concierne tanto a la primera (propia de la anorexia del adolescente) como a la segunda.[138]

c) *Anorexia infantil precoz como defensa contra el desamparo (détresse)*. Ansermet se pregunta cuál es el fundamento de este problema en la emergencia del sujeto que está en la base de lo que llamamos, en su opinión de manera discutible, anorexia infantil, y llega a una formulación original a partir del fenómeno de la inapetencia neonatal:

> «La anorexia en edad precoz sería una respuesta del bebé contra la angustia que lo habita, un primer intento de instauración subjetiva, de construcción de una defensa respecto de un goce primordial y el exceso del viviente».[139]

Ansermet introduce así una definición importante: la anorexia infantil precoz como defensa primordial de un goce (igualmente primordial) excesivo. En este sentido la inapetencia primordial, el rechazo en el origen de alimentarse, toma, si acaso, más la forma de la defensa que la de la demanda inherente al deseo.

En este sentido, se nos plantea una pregunta. Es quizás posible reconocer en muchos casos de anorexia iniciada en la adolescencia el resurgimiento de este punto crucial: el rechazo de nutrirse como defensa extrema de un goce invasivo, que revela el *impasse* estructural del sujeto, como ha subrayado Soria, en la constitución del objeto (*a*) como perdido, así como, por consiguiente, en la construcción de un fantasma y en la falicización del cuerpo sexuado. Esto implicaría una complicación de la clínica de la anorexia en la adolescencia desde el punto de vista de las variantes estructurales respecto de lo propuesto por Ansermet, y la inclusión de formas más próximas a la psicosis, tanto en sus manifestaciones clásicas como en las formas de la psicosis ordinaria.

d) *Anorexia precoz activa y anorexia precoz pasiva*. Éstos son los puntos importantes característicos de la concepción de Ansermet de la anorexia precoz activa:

a) la anorexia activa es el rechazo alimentario. El niño dice no, o lo manifiesta, volviendo la cabeza hacia otra parte, rechazando el pecho, apartando de sí la cuchara. Es un síntoma muy frecuente;
b) pero en el rechazo activo está en juego el deseo;
c) se trata, por tanto, de una forma semejante a la anorexia clásica;
d) es una clínica en la que un sujeto se manifiesta, en su vitalidad, a través de una oposición;

e) es un síntoma, en el sentido propio del término, ligado al lugar del niño en relación con el deseo de la madre, del padre y las condiciones de su nacimiento;
f) a menudo es una manifestación relacionada con el niño entendido como síntoma de la pareja de progenitores;
g) de esta forma, es un síntoma muy frecuente, como también los trastornos del sueño y los comportamientos de oposición;
h) en esta clínica hay un apoyo en el rechazo para abrir una vía de escape entre el padre y la madre, pero también entre la mujer y la madre.140

En esta concepción de la anorexia activa precoz, Ansermet realiza dos operaciones: a) reconstruye una línea de continuidad entre anorexia activa precoz y anorexia del adolescente, en cuanto animada por la dialéctica del deseo, leyendo el rechazo que aquí se presenta en el niño pequeño como función de deseo. Sobre este punto, pues, la discontinuidad entre anorexia precoz y anorexia del adolescente que trataba de esbozar encuentra un punto de excepción crucial en la estructura rechazo/función de deseo, que anuda sus formas anoréxicas de manifestación en el curso del desarrollo; b) hace converger en un cuadro común la anorexia precoz activa leída a la luz de la estructura rechazo/deseo, pensada por Lacan para la anorexia mental en 1958 (que cabe paradigmáticamente en el marco de la anorexia histérica), y el cuadro diagnóstico descriptivo de anorexia infantil de Irene Chatoor introducido en el CD:0-3R, con sus características de vitalidad opositora y tiempo de aparición a partir del sexto mes.

Veamos, en cambio, qué parece caracterizar para Ansermet al cuadro de anorexia precoz pasiva:141

a) se trata de una anorexia en que el niño no presenta ningún apetito;
b) no manifiesta nada en el intercambio;
c) no instituye el objeto oral, no hace nada para extraer este objeto del otro, para hacerlo suyo. Más precisamente, no ha sustraído el objeto oral, en torno al que la pulsión podría hacer su ronda, para ir a buscarlo apuntando a otro objeto que desarrolle la misma función, por ejemplo, la comida;142
d) la clínica de las anorexias precoces pasivas gravísimas da la sensación […] de que las funciones de la necesidad, para instalarse, debieran sostenerse en un apetito que ya debería estar presente;143
e) en la anorexia pasiva, se produce algo enigmático, como un

proceso melancólico inmediato […] Una especie de melancolía precoz: una sombra que cae, de repente, sobre el sujeto sin que se verifique una problemática de pérdida.144

e) *El enigma de la anorexia precoz pasiva: dos cuestiones abiertas*. Junto a estos comentarios, Ansermet abre de manera problemática dos nuevas cuestiones sin resolver sobre el carácter de la anorexia precoz pasiva, que para él mismo resulta ser clínicamente enigmática.

En primer lugar, el problema que plantea Ansermet es si en esta «pasividad» de la anorexia precoz pasiva debemos leer la ausencia de un punto de emergencia del sujeto, en el sentido de un *continuum* sin ningún momento de discontinuidad, o si es preciso ya reconocer en esta forma anoréxica precocísima y no opositora una manifestación primordial de un rechazo, de una defensa contra el desamparo (*détresse*).

Por tanto, ¿la anorexia precoz pasiva es ausencia de *coupure* o defensa contra la *détresse* primordial? Como dice el mismo Ansermet, a diferencia de lo que implica en el niño el paso del destete,

> «en el caso de la anorexia pasiva, no ha habido el corte necesario. […] A menos que la anorexia sea una defensa, una defensa contra el desamparo (*détresse*)».145

El segundo problema que se plantea Ansermet concierne, en cambio, a la relación entre anorexia precoz pasiva y autismo. ¿Acaso no debemos reconocer en ella una forma de autismo gravísimo?

También podríamos preguntarnos si las anorexias precoces pasivas del recién nacido no son, a fin de cuentas, autismos gravísimos.146

Es en estas palabras que Ansermet sostiene la plausibilidad de esta tesis:

> «Es esto lo que está en juego en el autismo: ningún balbuceo, ningún tratamiento primario del goce, ningún S_1. El autista es aquél que no ha conseguido concluir el trayecto de la pulsión y que no ha conseguido tratar el goce excesivo. Quizá podamos decir lo mismo en el caso de la anorexia precoz pasiva. En todo caso, no hay ninguna alucinación de la satisfacción, ninguna representación del deseo, ninguna *Wunschforstellung* […] no hay ni representación del deseo ni anticipación del deseo del Otro; y ni siquiera anticipación del placer».147

Observaciones finales sobre la anorexia en la primera infancia

Si Lacan nos ha enseñado en el Seminario XI, guiándonos en este recorrido, que en la anorexia mental el niño come *nada*, el *détour* que

hemos realizado en este capítulo sobre la anorexia infantil precoz nos ha mostrado que hay al menos dos modos diversos de comerla. Estos dos modos corresponden a la anorexia precoz activa, definida de otro modo como anorexia de oposición o de destete, que se manifiesta desde el sexto mes y hasta el tercer año de vida, y a la anorexia precoz pasiva, llamada también anorexia de inercia, que se verifica, en cambio, entre el nacimiento y los primeros seis meses de vida del lactante. Esta distinción, que es clásica en los estudios de paidopsiquiatría sobre la anorexia infantil, es retomada y reformulada, sin embargo, en la raíz de su concepto en la perspectiva de Lacan. En efecto, esta última nos permite una distinción estructural entre ambas formas a partir de la función del objeto *nada* en relación con el campo del Otro y sus significantes de base.

En el caso de la anorexia precoz pasiva el matema formulado por Jacques-Alain Miller, S_0 + *nada,* podría restituirnos lo específico del problema: la función sujeto reducida al mínimo; el hacerse Uno del niño con el goce primordial de la vida; la ausencia de un mínimo enganche al campo del Otro, necesario para el ejercicio de la función vital primordial de satisfacer la necesidad de nutrirse. En este cuadro es evidente que el rechazo anoréxico no se instala ni en el registro de la demanda al Otro (rechazo como metáfora de la demanda), ni en el registro del intento de separación del Otro (rechazo como intento de separación), porque el Otro no se ha instalado como tal para el sujeto, el cual, también él, está sólo en el estado larvario de S_0 y se une con el *nada* como encarnación en lo real de *das Ding*. Lo que el rechazo de la comida nos presenta aquí es sólo su función de goce puro de la *Chose*, y si acaso la mencionada por Ansermet, de una defensa primordial ante la *détresse*.

En el caso de la anorexia precoz activa, la fórmula general se podría escribir como S_1 + *nada*, en la que el sujeto anoréxico presenta, de todos modos, un enganche con el Otro, está en una relación (por más que de oposición y conflictiva) con él y, por tanto, la acción causativa del objeto *nada* es potencialmente contenible en sus efectos sin alcanzar más devastadores. Pienso que debe discutirse la tesis según la cual todos los cuadros de anorexia precoz activa deben entrar necesariamente en el marco de estructuras histérico-neuróticas. Considero que, sin duda, las formas de anorexia histérica infantil entran en el cuadro de la anorexia de oposición, pero quizá esta última pueda incluir en su interior también formas no neuróticas, aunque caracterizadas por un vínculo con el Otro, por más que sea precario y predominantemente imaginario. Una hipótesis podría ser la de incluir con las anorexias precoces pasivas las formas más próximas al autismo, y abrir el espectro de las anorexias de oposición indudablemente a las formas neuróticas, pero también en

varios casos a las formas de la psicosis infantil.148 Esto nos parece esencial, desde la perspectiva del psicoanálisis, ante todo como cuestión de método: no reducir de manera demasiado acentuada la cuestión estructural del sujeto anoréxico a la fenomenología de su comportamiento.

De todos modos, el cuadro de la anorexia precoz activa, que para las clasificaciones psiquiátricas internacionales actuales coincide propiamente con el diagnóstico de anorexia infantil, presenta como operativa la función del rechazo en cuanto maniobra separativa, y en las formas histérico-neuróticas indudablemente pone en juego la función metafórica del rechazo como demanda que se sitúa más allá del plano de la necesidad, interpelando al otro parental a nivel de su deseo por el sujeto.

Notas:

109. Este capítulo traduce y amplía el capítulo 8 de *Le refus dans l'anorexie*, *op. cit.*, págs. 169-191.
110. D. Widlöcher, «Prólogo» en B. Brusset, *L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*, Borla, Roma, 1977, pág. 8.
111. A.M. Speranza, R. Williams, «Fare diagnosi nell'infanzia e nell'adolescenza», en N. Dazzi, V. Lingiardi, F. Gassillo (al cuidado de), *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, Cortina, Milán, 2009, pág. 283.
112. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª edición), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013; ed. it. APA, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina, Milán, 2014.
113. A.M. Speranza, «Disturbi dell'alimentazione da 0 a 3 anni», en F. Piccolo, A.M. Speranza, M. Cuzzolaro, *Disturbi dell'alimentazione e del peso corporeo da zero a quattordici anni*, Carocci, Roma, 2009.
114. A.M. Speranza, «Disturbi dell'alimentazione da 0 a 3 anni», *op. cit.*
115. *Ibid.*
116. *Ibid*.
117. *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico* (2006), Cortina, Milán, págs. 126-127.
118. *Ibid.*
119. *Ibidem*, pág. 383.
120. B. Brusset, *L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*, *op. cit.*, pág. 15.
121. *Ibidem*, pág. 10.
122. *Ibidem*, pág. 45.
123. *Ibidem*, pág. 58. La cursiva está en el texto de Brusset.
124. *Ibidem*, pág. 42.
125. *Ibidem*, págs. 51-52.
126. *Ibidem*, págs. 45-46.
127. *Ibid*.
128. *Ibid*.
129. *Ibidem*, pág. 77.
130. J. Lacan, *I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, *op. cit.*, pág. 102.
131. J. Lacan, *Il Seminario. Libro X. L'angoscia* (1962-1963), *op. cit.*, págs. 358-359.
132. Véase al respecto el reciente M. Francesconi, D. Scotto di Fasano (al cuidado de),

Apprendere dal bambino. Riflessioni a partire dall'Infant Observation, Borla, Roma, 2009.
133. M. Fernández Blanco, «Teoria e clinica dell'anoressia infantile», conferencia celebrada en Ancona el 4 de octubre de 2008, en el marco de las actividades de la Antenna del Istituto Freudiano de Ancona, publicada en *La Psicoanalisi*, julio-diciembre de 2011, 50, págs. 77-96, cita en pág. 85.
134. *Ibidem*, pág. 79.
135. *Ibidem*, pág. 80.
136. F. Ansermet, «L'anoressia del lattante. Oralità e costituzione soggettiva: sconforto del lattante e anoressia precoce», *La Psicoanalisi*, julio-diciembre de 2011, págs. 97-113.
137. *Ibidem*, pág. 97.
138. *Ibid*.
139. *Ibidem,* pág. 98.
140. *Ibid.*
141. El caso de Marie, una gravísima anorexia precoz pasiva desde el nacimiento, está en el centro del artículo que aquí estamos comentando, *op. cit.*, págs. 99-102.
142. *Ibidem*, pág. 99.
143. *Ibidem*, pág. 102.
144. *Ibid*.
145. *Ibidem*, pág. 105.
146. *Ibidem*, pág. 107.
147. *Ibidem*, pág. 109.
148. Véase al respecto, por ejemplo, el caso de Laura, una anorexia del segundo semestre con conducta de oposición, pero en absoluto comparable a un cuadro neurótico de funcionamiento, en M. Fernández Blanco, «Teoria e clinica dell'anoressia mentale», *op. cit.*, págs. 91-92.

13. Adolescencia contemporánea y cuestión anoréxica[149]

Del niño anoréxico a la anorexia mental de la joven

Como hemos visto, lo que tienen en común, a pesar de las evidentes diferencias, la anorexia infantil y la de la joven, se resume en tres factores fundamentales: el rechazo de la comida, la relación materno-filial desregulada y la pasión por el objeto nada. Si bien los primeros dos aspectos han sido puestos de relieve ya por la tradición de la psiquiatría psicodinámica contemporánea, el tercer aspecto es la contribución más original de Lacan a la cuestión anoréxica. En nuestro análisis sobre la anorexia precoz hemos querido identificar dos declinaciones posibles de tal relación del niño anoréxico con el *nada*: en la anorexia precoz pasiva, que puede presentarse desde el nacimiento y concierne, de todos modos, a los primerísimos años de vida, el *nada* ocupa el mismo lugar del sujeto, forma una unidad con él y se sitúa como obstáculo en su relación con la vida como tal. Aquí el *nada* es lo que mantiene al recién nacido en el goce del Uno, es anclaje a *das Ding*, es rechazo a entrar en juego como sustancia gozadora en el mundo de la vida. Es rechazo de la *Lebenswelt*, dirían los psiquiatras fenomenológicos. Es rechazo radical de la *se-partition* de la que habla Lacan, de la pérdida originaria de ese trozo de cuerpo —constituido para el recién nacido por la placenta, el líquido amniótico y el cordón umbilical— que permite la entrada en el mundo y la emergencia del sujeto. Rechazo de *lalangue* desde los primerísimos murmullos, desde los primeros ecos de la voz.

En la anorexia precoz activa, de oposición o de destete, que puede presentarse desde el sexto mes de vida, condición en que la psiquiatría oficial reconoce propiamente el cuadro diagnóstico de anorexia infantil, el niño pone activamente el *nada* entre él mismo y el Otro, en el intento de incidir sobre el Otro sin, no obstante, ser incidido por él. Operación estructuralmente imposible, arrancar del Otro una cuota de goce pero sin perder nada, en que el anoréxico permanece enjaulado. Es el rechazo del Otro como Otro del lenguaje, Otro de la alienación significante, Otro que produce para el niño la pérdida del pecho como trozo del propio cuerpo, que se confunde con el cuerpo de la madre. La anorexia infantil de oposición es el rechazo del corte significante sobre el cuerpo del sujeto.

La primera es, pues, una respuesta del sujeto al trauma de venir al mundo, al trauma del nacimiento. Es un rechazo de venir al mundo. La

segunda es una respuesta al trauma del destete.

El paso de la anorexia infantil a la anorexia de la joven, condición en la que más propiamente se ha reconocido hasta hoy el diagnóstico de anorexia mental, es esencial en este punto de nuestro trabajo, no tanto para reconstruir las características del síndrome del que ya nos hemos ocupado ampliamente en los capítulos precedentes, como para intentar responder a algunas preguntas fundamentales. En primer lugar, ¿por qué el desencadenamiento de la anorexia mental se produce, en general, en la adolescencia? En segundo lugar, ¿por qué la anorexia mental en la adolescencia golpea con gran predominio a las jóvenes? En tercer lugar, ¿cómo interviene el objeto *nada* en esta coyuntura, y hacia qué se orienta el rechazo anoréxico en la adolescencia? Por tanto, en este capítulo intentaremos responder a estos tres puntos.

La encrucijada del sujeto ante el giro de la pubertad: la vía del síntoma o la vía del rechazo

Freud en los *Tres ensayos sobre teoría sexual*, obra en que nos ofrece su teorización sobre el desarrollo psicosexual del sujeto humano, plantea la cuestión sobre la que nos estamos interrogando ante todo bajo el capítulo de las «vicisitudes de la pubertad». La cuestión de la adolescencia es, por tanto, pensada por el padre del psicoanálisis a partir de la encrucijada pulsional de la pubertad: el problema que el joven experimenta en relación con su propio cuerpo en transformación y la restructuración libidinal-pulsional que atraviesa los cambios biológicos radicales que va experimentando. En este proceso, en el curso del cual se produce biológicamente el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento del cuerpo en proporciones que permanecerán sin variaciones en la edad adulta, el cambio del tono de voz y el investimiento masivo de la libido en los órganos genitales, el sujeto adolescente es radicalmente implicado y puesto en cuestión en la dimensión de la elección, de la decisión.

Quizá nada como el paso de la pubertad evidencia el impacto de las transformaciones del propio cuerpo sobre el sujeto, pero al mismo tiempo la irreductibilidad del sujeto a tales transformaciones. Es decir, en este paso, para parafrasear la célebre tesis de Lacan, el joven descubre que tiene un cuerpo, y a la vez que no es su propio cuerpo, que no coincide con su propio cuerpo. Simultáneamente descubre que tiene un cuerpo que no está, esencialmente, como podía imaginar, bajo su dominio, puesto que en él ocurren hechos que no dependen de su voluntad. Esto concierne no sólo a las transformaciones biológicas, el

desarrollo de los caracteres sexuales, la aparición del ciclo menstrual en la joven y las primeras eyaculaciones en el joven, que toman a ambos por sorpresa. Concierne también a lo que sucede en el sueño, en la actividad onírica, en la formación del inconsciente constituida por el sueño, que empieza a poblarse de escenas donde la relación del joven con el sexo y con la muerte es puesta en juego, donde entra en liza el encuentro con la pareja sexual. A esta aparición, que eleva la relación sexual al estatuto de cuestión inconsciente, Lacan atribuirá una importancia fundamental en el proceso de iniciación sexual del adolescente. Es como decir que, en la experiencia sexual del joven, lo que es esencial es, al mismo tiempo, el despertar pulsional que atraviesa su cuerpo y la construcción inconsciente de la escena que organiza y orienta este despertar de una manera singular. El joven será llamado, pues, a enfrentarse a este despertar pulsional que se le impone en la intimidad de su cuerpo, y con el enigma relativo a aquello que causa dicho despertar de la pulsión, es decir, lo que funciona para él como causa de su deseo.

Pero la clínica psicoanalítica de la adolescencia nos enseña que este paso del adolescente hacia un reconocimiento, una asunción y una subjetivación de aquello que lo mueve en el deseo es problemático, y que a menudo no lo conduce a una asunción de la propia elección pulsional, sino más bien a su rechazo. Aceptar o rechazar las transformaciones del propio cuerpo en cuanto sexuado, cuerpo movido por la pulsión sexual y el impulso hacia el partenaire, sea en la concepción autoerótico-masturbadora, sea en la búsqueda del encuentro sexual, es un paso crucial en el proceso de subjetivación, y nunca está exento de dificultades. Sin embargo, podríamos decir que el adolescente se encuentra en este punto ante una encrucijada, respecto de la cual es llamado a elegir entre dos direcciones posibles: la *vía del síntoma*, tal como la entiende en sentido estricto el psicoanálisis, y la *vía del rechazo radical*, como desestimación o ruptura de la relación misma del sujeto con el sexo.

La vía del síntoma clásicamente entendida es la vía neurótica a la vida sexual, propia de la formación de compromiso, en la que el sujeto, aun manteniendo una ambivalencia fundamental respecto del propio deseo sexual, acepta entrar en el juego de la vida amorosa e inscribir la propia pulsión en el campo del Otro en la búsqueda de la pareja. Éste es, por ejemplo, el caso paradigmático de la histeria, donde el sujeto desarrolla un rechazo de la satisfacción sexual y del propio cuerpo como lugar de la pulsión, pero lo hace en el modo paradójico de la llamada y la seducción, construyendo una forma de goce que se alimenta de la insatisfacción. Oscilación de la histérica que nos muestra en directo la división subjetiva que la atraviesa en su relación con lo que causa su

deseo.

La vía del rechazo radical es, en cambio, un tratamiento del paso de la pubertad que no atraviesa la puerta de entrada de la sexuación, que no conduce al joven a asumir el propio sexo, que toma el camino del rechazo de la castración simbólica y del no-acceso al goce fálico. Esta vía nos conduce al campo de la exclusión psicótica, o más precisamente a la «ruptura del matrimonio con el falo». Fórmula, ésta, utilizada por Lacan para definir, en este sentido, la posición del toxicómano respecto del goce, pero que podríamos emplear también para definir por ahora la posición de muchas jóvenes anoréxicas en su modo de afrontar la cuestión de la pubertad. En efecto, es verdad, como escribía el joven Lacan, que en la anorexia tenemos siempre la presencia de «fantasmas fálicos», y sin embargo, como ha subrayado Fernández Blanco, la anoréxica no hace del fantasma fálico el rasgo sintomático de su goce.150

El joven que realiza un tratamiento del paso de la pubertad siguiendo la vía sintomática precisa la propia posición como la de un sujeto dividido, sometido a las leyes del inconsciente y de la castración simbólica, que acepta pagar el precio de un goce deficitario (como el que permite el goce fálico) para poder entrar en la dialéctica de la vida amorosa y asumir una posición sexuada, aunque sea ambivalente, en la relación sexual con la pareja.

Seguir la vía del rechazo radical como vía de tratamiento del paso de la pubertad comporta, en cambio, el anclaje del joven en una posición de sujeto indiviso y una modalidad de goce plena y autista, sin dialéctica con el Otro y alternativa al goce sexual.

La adolescencia como sintomatización de la pubertad

Alexandre Stevens ha sintetizado en una fórmula eficaz la cuestión esencial en juego en la adolescencia desde la perspectiva de Freud y Lacan: la adolescencia es el síntoma de la pubertad. Esto para decir que la función esencial de la adolescencia consiste en el proceso de sintomatización del paso de la pubertad por parte de un sujeto. Sintomatización que construye el modo singular encontrado por ese joven o esa joven para enfrentar, darle un marco, encuadrar, poner en perspectiva, significantizar y hacer propio el empuje pulsional que lo/la mueve. En este sentido la adolescencia es trabajo. Es un trabajo de simbolización en torno al nudo más radical que mueve el deseo del sujeto: el objeto que lo causa. Desde esta perspectiva podemos quizá leer la definición que nos ofrece Lacan en el Seminario X *La Angustia* de la pubertad como tiempo lógico. Tiempo lógico que sería:

«en función de un vínculo que debe establecerse entre la maduración del objeto *a*, tal como yo lo defino, y la edad de la pubertad».151

Podemos formular la hipótesis de que la adolescencia funciona, pues, como el tiempo lógico necesario para producir tal «vínculo que debe establecerse [con] la maduración del objeto *a*», que es justamente el objeto causa de deseo. El despertar pulsional de la pubertad vuelve a poner en juego de manera radical para el joven el objeto *a*, el objeto perdido que causa su deseo, pero ahora es preciso reposicionar su función para el sujeto en el interior de un nuevo vínculo con la pulsión, respecto de la infancia. En este sentido, la adolescencia se revela como un tiempo lógico en que hay algo que vuelve de la infancia, algo que se repite. Es lo que Freud descubrió, es decir, la adolescencia como tiempo en el que se reactiva la cuestión edípica del niño en los términos en que ha sido elaborada en la infancia y dejada en reposo por el mecanismo de la represión en la fase de latencia. Al mismo tiempo, sin embargo, la adolescencia es un tiempo lógico en que es preciso que se produzca algo nuevo para que el sujeto pueda efectivamente atravesarla. No es, pues, sólo repetición del pasado, herencia reactiva de la infancia, sino también invención en el presente en condiciones de abrir para el sujeto su perspectiva del porvenir.

Es sólo desde esta perspectiva que se justifica la definición de la adolescencia como tiempo lógico de la separación. Lo es sólo a condición de un reposicionamiento de la relación del sujeto con la herencia infantil, en particular, con el objeto *a*, en un marco nuevo y para él sostenible en la vida adulta. En efecto, si la infancia puede ser entendida como tiempo de la alienación, en que el niño está, en general, en la posición de objeto en las manos del Otro, la adolescencia es el tiempo en que es como sujeto que él podrá relacionarse tanto respecto del campo del Otro, como respecto del objeto que causa su deseo. En este paso se condensa la dimensión ética en juego en la adolescencia: la posibilidad de reconocer y asumir el deseo que habita al sujeto, y actuar de acuerdo con él.

Esto requiere un triple efecto de transformación del sujeto en torno a los tres registros que para Lacan son constitutivos de su experiencia. En primer lugar, a nivel de lo real pulsional, es preciso reubicar la función del objeto *a*, efecto de la *se-partición* con la que el niño pierde un trozo de sí (por efecto del nacimiento, primero, y del destete, después), a través de su cesión en el campo del Otro y su localización en el cuerpo del Otro sexo. Éste es el efecto de reestructuración pulsional que se produce mediante la sexuación, en que es la pareja la que es puesta, por el sujeto, en la posición de objeto *a*, es decir, del objeto que causa el

deseo.

En segundo lugar, a nivel simbólico, el adolescente está en busca de un nuevo lenguaje, de un modo propio de nombrarse en su ser en el interior del vínculo social, y en este proceso busca un Otro en condiciones de reconocerlo en su excepción, de decir sí a su invención singular, aunque ésta no esté escrita en el código. Este Otro funciona, pues, en el tiempo de la adolescencia, en el modo delineado por Lacan en el Seminario V en torno a la función del padre como donante en el tercer tiempo del Edipo. Ésta es la función clave del Ideal del Yo que ya Freud había delineado en «El final del complejo de Edipo», y que en «Sobre psicología del escolar» había situado en torno a la función del maestro, figura sustitutiva del padre en la pubertad.

A nivel imaginario, para el adolescente se trata de reconfigurar su relación con la imagen del propio cuerpo y la propia identidad, gracias al trabajo y a los efectos de reestructuración pulsional y de renominación simbólica del propio ser. En torno al ser hombre o mujer, al desear un determinado camino más que otro, se producirá para el sujeto una reinvención de la propia imagen, que nunca estará plenamente en línea con lo real de su ser.

El tiempo lógico que necesita el sujeto en la adolescencia para realizar este trayecto transformador de la reemergencia pulsional en la pubertad en el momento de la separación de la propia posición en la infancia pasa por un trayecto problemático, en el que el adolescente experimenta la crisis: es evidente que la identidad construida en la infancia ya no está en condiciones de responder al deseo que ahora lo atraviesa. Esta «delicada transición», como la define Lacadée,[152] entre pubertad y cumplimiento de la separación sitúa el tiempo de la crisis en la adolescencia. Crisis que lleva consigo, clásicamente, la apertura de todas las demandas fundamentales de la existencia: soy hombre o soy mujer, estoy vivo o estoy muerto, la existencia tiene o no tiene sentido.

El proceso de la iniciación sexual del adolescente y sus tiempos lógicos

Es importante para nosotros entrar más en el detalle de todo lo que está en juego para el adolescente en el proceso de sintomatización de la propia pubertad. Esto es esencial con el fin de intentar luego leer la solución anoréxica en relación con la cuestión adolescente, y para plantear un interrogante importante relativo al estatuto de la adolescencia contemporánea y su relación con la anorexia de la joven. Es Lacan, como recientemente he intentado demostrar, quien nos ofrece las claves para adentrarnos en la cuestión del tratamiento del paso de la

pubertad en la adolescencia. Lacan lo hace a través de la iniciación sexual del adolescente.

En efecto, en su «Prólogo» a *El despertar de la primavera* de Wedekind, indicaba, al menos así nos ha parecido poder aislar en el texto, dos tiempos lógicos en torno a los cuales se estructura clásicamente la iniciación del sujeto en la adolescencia. El primer tiempo lógico viene dado por la representación onírica de la relación sexual del sujeto en la adolescencia con una pareja. En efecto, es Lacan quien escribe que los chicos ni siquiera soñarían qué es para ellos hacer el amor con las chicas

> «[…] sin el despertar de sus sueños».153

En este momento el sexo se convierte para el adolescente en un enigma relativo a qué quiere decir hacer el amor entre un chico y una chica. Este paso es esencial, porque eleva el sexo al nivel del inconsciente, permitiendo de forma imaginaria una representación fantasmática o fantasmatizable de la propia relación con el sexo. Éste es el *tiempo lógico del velo*, así lo he definido en un escrito,154 que hace existir la relación sexual para el sujeto en la adolescencia.

En segundo lugar, Lacan aclara en qué consiste el núcleo central que esta experiencia iniciática revela al adolescente, definiéndolo como un verdadero principio de la iniciación: «que el velo levantado [sobre el misterio de la sexualidad] no muestra nada»; otro modo de decir que «… la sexualidad excava un agujero en lo real».155

El segundo tiempo lógico viene dado, para nosotros, aquí, precisamente por este encuentro, en la adolescencia, de lo que excava un agujero en lo real, y que Lacan define como el verdadero principio de la iniciación: que detrás del velo que cubre el misterio de la sexualidad no hay nada. Mientras que en el primer tiempo lógico el adolescente estructura el sexo como enigma en el lugar del Otro, haciendo existir la relación sexual, en el segundo tiempo lógico, que podríamos llamar el *tiempo del trauma*, el adolescente tropieza, en sus primeras experiencias sexuales, con la inexistencia del Otro, con la heterogeneidad irreductible de los goces de las parejas, es decir, que no hay relación sexual. En el primer tiempo es el inconsciente como lugar del Otro el que estructura la relación del adolescente con el sexo; en el segundo tiempo es el inconsciente como real el que está en el centro de su experiencia.

Este segundo tiempo, en el que el adolescente se encuentra en la experiencia sexual con que el goce es irreductible y aislado, tiempo del «no hay relación sexual», está en conexión estructural con el primer tiempo, en el cual, por el contrario, la relación sexual existe y es representable para el sujeto, funcionando como un velo inconsciente en

torno al agujero de la no relación. Es precisamente en esta tensión dialéctica entre su impulso hacia el hacer existir la relación sexual (T1), y el encuentro traumático con su inexistencia (T2), entre el *tiempo del velo* y el *tiempo del trauma*, que se estructura en su proceso la iniciación sexual del adolescente.

El tercer tiempo (T3) del proceso adolescente de iniciación sexual, que sanciona para el sujeto la salida de la adolescencia, viene dado por la asunción y la subjetivación de la castración simbólica que sanciona que «no hay relación sexual», y por tanto la decisión de entrar en estas condiciones, sin perder, no obstante, la propia construcción singular en torno al sexo, en el juego de la vida amorosa. Podríamos llamar a este tercer tiempo, en que la relación del adolescente con el sexo se mueve en la oscilación entre la fantasmatización inconsciente producida por él y el reconocimiento de la castración simbólica, el *tiempo de la decisión.*

Elementos para una clínica diferencial del síntoma en la adolescencia

En este sentido, la adolescencia en su vertiente de trabajo inconsciente de fantasmatización sobre la pulsión es, como la transferencia en el análisis, un proceso de construcción esencial de algo que está destinado a deshacerse —el sujeto supuesto saber atribuido al analista, el velo fantasmático sobre la no relación sexual para el adolescente—; cosa esencial, sin embargo, porque sin esta construcción no sería posible la producción efectiva del cambio subjetivo. El tema de la iniciación en el fondo remite históricamente a este tipo de transformación: convertirse en adultos pasando a través del enigma de la propia relación con el sexo, que contiene en sí tanto el encuentro con Eros como con Tánatos, en la experiencia con la pareja.

La experiencia clínica con los adolescentes, por lo demás, nos muestra claramente cómo el paso al T2, al tiempo del trauma de la inexistencia de la relación sexual, resulta difícilmente sostenible y subjetivable, si antes el adolescente no ha podido pasar por el T1, por el tiempo del velo como tiempo lógico de construcción de una fantasmatización subjetiva de la relación sexual. En efecto, sin este trabajo preliminar el encuentro con la castración simbólica se le presenta al sujeto como un precipicio, un paso catastrófico e insostenible, al que el adolescente tiende a responder con la retirada o con el pasaje al acto.

Ahora bien, nuestra hipótesis clínica es que es posible esbozar el cuadro de una clínica diferencial en la adolescencia siguiendo tales indicaciones ofrecidas por Lacan, distinguiendo:

I. Los casos en que el sujeto tropieza con su propio *impasse* fundamental en el T2 del encuentro y del atravesamiento del trauma de la no-relación sexual, habiendo podido realizar la propia construcción fantasmática en el T1;
II. Los casos en que es ya la construcción fantasmática en el T1 la que es deficitaria o está ausente, haciendo así insostenible y no pocas veces catastrófico el paso del joven al T2 del encuentro con la castración.

En la primera tipología de casos podemos reconocer los cuadros de una clínica de la construcción del síntoma neurótico en la adolescencia. En la segunda tipología de casos se abre el territorio de la clínica en la adolescencia más allá de la neurosis, donde el joven no está en condiciones de poder construir un síntoma en sentido freudiano, puesto que para él el proceso de sintomatización de la pubertad se ha revelado impracticable. Podrá encontrar entonces, si acaso, arreglos de diverso tipo para la propia condición precaria, que podrán estar más cerca de una solución o, en la mejor de las hipótesis, de un *sinthome* del que habla el último Lacan, más que tomar la forma del síntoma neuróticamente entendido.

La anorexia como fracaso de la sintomatización de la pubertad

Nuestra tesis de fondo, en lo referente a la anorexia mental en la adolescencia, es que, con la excepción de las formas anoréxicas de tipo histérico-neurótico, se configura como un fracaso del proceso de sintomatización de la pubertad. Esto tanto para las formas infrecuentes que encontramos en los varones, como para las formas mucho más comunes presentes en las mujeres. Anorexia, pues, como un resultado fallido de la adolescencia misma en su tarea de desarrollo esencial: llevar al sujeto a hacer del propio encuentro con la pulsión en la pubertad una construcción singular, un síntoma, justamente. Es decir, una formación de compromiso entre la ley del Otro y el deseo del sujeto, entre la castración simbólica y el empuje pulsional. Quizá sea éste el paso al que aludía Lacan en el Seminario X cuando asociaba a la pubertad el vínculo que se debe establecer para hacer efectiva la «maduración del objeto *a*». Ciertamente, en el síntoma neurótico no se trata tanto de conciliar las razones de la ley y las del deseo, puesto que es el síntoma el que nos muestra en su misma estructura que, como afirma Lacan, «no hay deseo sin ley». O como subrayó Jacques-Alain Miller en *Silet*, para Lacan «la castración es el calzador del objeto *a*».

Es precisamente lo opuesto de lo que nos presenta la anorexia mental,

en la cual tiende a predominar una ley superyoica absoluta sin deseo, o un deseo puro y absoluto, fundamentalista, desenganchado del Otro, que acaba transformándose en voluntad absoluta de autodominio y en pulsión de muerte.

En el caso de Luciana, una paciente mía anoréxica ingresada en una comunidad terapéutica, la vida es deber y, sobre todo, no tener que depender en nada del Otro. En ella esta tesis, que ha acompañado a su anorexia desde que era una niña, es llevada al paroxismo extremo, hasta el punto de oponerse durante un año al mínimo contacto entre los responsables de la comunidad y sus padres con la amenaza de dimitir en caso de que los viéramos. Su problema es tener que ser ella la única responsable de su propia enfermedad, y la única en llevar el peso y la culpa, sin implicar a ningún otro, sobre todo a sus familiares. En ella el principio ético de responsabilidad subjetiva es pervertido, y se convierte en un modo paroxístico de cubrir un impulso hacia el control egoico absoluto de la propia cura y el rechazo de cualquier implicación del Otro en su interior.

En este sentido, la anorexia se presenta, en general, como una solución en la cual aspectos esenciales del síntoma clásico, por ejemplo, histérico, desaparecen.156 Aquí, me limito a indicar tres:

1. la *función metafórica* del síntoma en las anorexias —a excepción, justamente, de las histérico-neuróticas— está ausente y desactivada: la función inconsciente del síntoma como mensaje dirigido al Otro encarnado en el cuerpo de la enfermedad no se presenta como tal, como, en cambio, ocurre en las somatizaciones de la histérica;
2. la *dimensión enigmática* del síntoma, que plantea en el neurótico, más allá de la demanda de curarse, la demanda de saber qué quiere decir lo que le ocurre, está ausente;
3. el *efecto egodistónico* que el síntoma clásico trae siempre consigo, haciendo daño al sujeto y dividiéndolo (melodía secundaria de la egosintonía fantasmática subyacente) no se presenta en la anorexia, en particular en los primeros tiempos, en lo que se puede llamar perfectamente la luna de miel con la anorexia, análoga en ciertos aspectos a la experimentada por el toxicómano con la droga.

Por todas estas razones no podemos definir la anorexia como un síntoma en el sentido clásico del término, y podríamos decir lo mismo para la toxicomanía.

Sin embargo, al mismo tiempo, es innegable que la anorexia mental se configura como un intento de responder, si bien de forma patológica, a los efectos del paso de la pubertad. Es esta modalidad de respuesta la

que nos interesa, porque es la delineada en las denominadas «nuevas formas del síntoma», que penetran la sociedad posmoderna y complican el cuadro de la psicopatología contemporánea. En efecto, en ellas prevalece una modalidad de goce no regulada por la acción formadora del Otro simbólico. Al contrario, se caracterizan en general por el hecho de ser, según la definición que nos dio Jacques-Alain Miller, modalidad de goce sin el Otro, fundadas en un mítico goce pleno, no deficitario, unido a un fundamental rechazo del Otro.

El *impasse* de la adolescencia contemporánea: pérdida del velo sobre el sexo y declive del padre

Sin embargo, es esencial, en nuestra opinión, para poder leer mejor la cuestión anoréxica en la adolescencia y el *impasse* que la joven en particular encuentra en el proceso de sintomatización de su pubertad, un encuadre relativo a la adolescencia contemporánea. Esto, ante todo, porque la anorexia de la joven deja de ser en la contemporaneidad un fenómeno raro para convertirse en fenómeno epidemiológicamente relevante, precisamente en los últimos 50 años. Es, pues, importante para nosotros entender si en este momento histórico también la adolescencia como tiempo lógico, en la tarea fundamental que el psicoanálisis le ha reconocido para el desarrollo del sujeto, ha sufrido o no transformaciones o *impasses* en su proceso de realización en la experiencia concreta de los jóvenes contemporáneos.

Mi hipótesis es, ante todo, que en la época contemporánea, que se caracteriza por un declive de la función simbólica y un ascenso del goce al cénit social —según una célebre fórmula de Lacan en *Radiofonía*, en 1970—, *la respuesta al paso de la pubertad en la adolescencia ya no toma para muchos jóvenes la forma clásica de la crisis*. En efecto, la adolescencia contemporánea se presenta —así lo piensan muchos estudiosos de la adolescencia sea en el ámbito sociológico, sea psicológico— como un tiempo indefinido que parece haber perdido para muchos jóvenes su función de corte, de discontinuidad entre pasado y presente, entre infancia y edad adulta.

Hay toda una literatura psicológica y psiquiátrica de los últimos treinta años en el área norteamericana que apunta a poner en discusión, con el auxilio de investigaciones empírico-epidemiológicas con adolescentes, el carácter crucial de la crisis en la adolescencia y del conflicto generacional entre los jóvenes y los padres y, más en general, con el mundo de los adultos, apuntando a reducir la denominada crisis del adolescente al mito romántico del *Sturm und Drang*.[157] De este filón de investigación el adolescente contemporáneo emerge como un sujeto

que no está en absoluto en crisis, más bien relativamente sereno y adaptado al contexto social familiar de referencia. Desde nuestro punto de vista el aparente mayor conformismo de los adolescentes contemporáneos nos abre a otro tipo de lectura: no es que la disidencia haya desaparecido, sino, más bien, que su manifestación dialéctica, su transformación en conflicto, está en un *impasse*. Fenómeno que no nos parece extraño en la época del Otro que no existe, donde para el adolescente es difícil encontrar un Otro contra el que arremeter y que acepte hacer de destinatario de su demanda de cambio manteniendo su propia posición. Si a la disidencia le cuesta encontrar la vía dialéctica del conflicto para poder expresarse, entonces buscará por otras vías, ya no dialécticas, una modalidad de tratamiento de su intensidad y urgencia.

De todos modos, en nuestra perspectiva, la adolescencia contemporánea encuentra *impasses* específicos, como también soluciones específicas, que trasforman su proceso respecto de su forma clásica.

Esto no sólo en el sentido de una dificultad del adolescente contemporáneo para salir de la adolescencia, como es evidente, no sólo por razones económico-sociales, en el fenómeno conocido de la adolescencia prolongada. Lo que pensamos es que hoy, para el adolescente, es también un problema la entrada en la adolescencia como sintomatización del paso de la pubertad.

En efecto, en segundo lugar, la relación del adolescente contemporáneo con el sexo no puede dejar de verse afectada, en su funcionamiento, por la pérdida del velo en torno al enigma de la sexualidad. Lacan lo subraya, remarcando la dimensión pública de un «alzamiento del velo», propia del mundo actual, en torno a la cuestión de la pubertad.158 El efecto de dicha operación, que va unida al declive de la función paterna, puede ser localizado en el «desencanto del sexo», en la «banalización de la relación sexual», en la «indiferencia» y en la «apatía» amorosa de la mayoría de los adolescentes contemporáneos, subrayada por el sociólogo Lipovetsky159 y retomada recientemente por Cottet.160 Esta dificultad del sexo para ser un enigma para muchos adolescentes contemporáneos, revela un *impasse* en el proceso de sintomatización de la propia pubertad, puesta en juego fundamentalmente por el psicoanálisis en la experiencia adolescente.

En efecto, podemos identificar, ante todo, una dificultad del adolescente contemporáneo para situarse en el T1 de la iniciación sexual, es decir, en el encuentro del sujeto con el sexo como enigma inconsciente representable en «otra escena». El primer nivel de dificultad del adolescente de hoy consiste precisamente en hacer existir la relación sexual, hacer existir a un Otro del Otro, en un mundo caracterizado por una sustancial clausura —cuando no por un rechazo— del inconsciente.

Condición ésta que no permite que el sexo adquiera para el sujeto un valor enigmático. Se trata, pues, de una transformación, la eliminación social del velo en torno al enigma del sexo, que se suma en el mundo contemporáneo al declive del padre y la pérdida de valor del Otro simbólico. En efecto, también el declive del padre como dato de partida, y no como resultado final del proceso adolescente, hace más difícil para el joven la constitución de un Ideal del Yo, construido por desplazamiento del padre a otro adulto, puesto que también quien encarna el Ideal del Yo para el joven es objeto de admiración unida a un enigma. Es lo que ocurre clásicamente en la tragedia de Wedekind *El despertar de la primavera* en la figura del Hombre Enmascarado, que encarna en el fondo, para el adolescente, el enigma del deseo de un hombre con el que poderse relacionar en una identificación que, gracias al enigma, hace necesario para él un trabajo subjetivo de fantasmatización y de interpretación.

El desvelamiento en torno al sexo al que el adolescente de hoy asiste de repente, hace más problemático —y en no pocos casos insostenible— el paso al T1, el tiempo del velo como tiempo de fantasmatización agalmática en torno a la relación sexual. Por tanto, la experiencia de iniciación sexual tiende a hacerse menos amalgamática y menos fantasmatizada, menos efecto de un trabajo de construcción inconsciente singular.

Pero, en segundo lugar, esta ausencia de estructuración del sexo como representación inconsciente perjudica al modo en que el adolescente se encuentra con el T2, el tiempo de la iniciación como encuentro con el trauma de la inexistencia de un Otro del Otro. En efecto, como subraya Jacques-Alain Miller, sin velo ni ideal no hay trauma subjetivable.161 En una situación como la contemporánea, en la cual la inexistencia de la relación sexual, la ausencia de un Otro que funcione como garantía, se presenta como un dato de partida socialmente extendido, como una verdad compartida propia del nihilismo actual, ¿cómo puede el adolescente encontrar una vía para la propia iniciación subjetiva?

El rechazo del cuerpo pulsional

La clínica del inicio anoréxico es una clínica de la irrupción repentina e inasimilable del goce. Éste puede tomar la forma del trauma imprevisto por la pérdida de alguien, la traición de un amigo, el encuentro con el goce sexual, la palabra o el silencio inasimilable del padre, el juicio insatisfecho del profesor; pero también más banalmente el incidente del cuerpo que cae y choca, de la herida o de la emulación de la otra

admirada. Todo esto puede funcionar como coyuntura detonante de la respuesta anoréxica.

El hecho de que los inicios se verifiquen, por lo general, en las proximidades del paso de la pubertad nos señala, sin embargo, una carga de significado especial que acaba asumiendo, en la joven, la relación entre la pulsionalización del cuerpo femenino y la respuesta anoréxica. En efecto, incluso cuando la coyuntura detonante se produce por un episodio que no parece tener nada que ver directamente con la cuestión sexual, por ejemplo, una caída del caballo, la respuesta anoréxica nos revela *après-coup* en el sujeto una fundamental no aceptación del estado del propio cuerpo como cuerpo pulsional y femenino. No aceptación que encuentra en la coyuntura detonante de la anorexia una ocasión en la que apoyarse, para poder finalmente desplegar el propio rechazo del cuerpo femenino.

Esta consideración nos permite ya esbozar una primera definición de la anorexia mental de la adolescencia, que la distingue claramente de las formas de anorexia infantil. Si la anorexia precoz pasiva es un rechazo por parte del lactante de la entrada en el mundo; si la anorexia de oposición es un rechazo del destete, a menudo cargado de ambivalencia, por parte del niño; la anorexia mental en la adolescencia es, ante todo, un rechazo del cuerpo pulsional, y en particular un rechazo de la joven a tener un cuerpo femenino, un cuerpo de mujer.

La clínica de la anorexia mental de la adolescencia es, por tanto, una clínica del rechazo del cuerpo sexuado, un rechazo del cuerpo pulsional. Sin embargo, para nosotros es esencial poder llegar a articular un marco diferencial interno a esta clínica, teniendo en cuenta los tiempos lógicos que estructuran el proceso adolescente de sintomatización de la pubertad, para entender a qué forma de anorexia del adolescente nos enfrentamos.

Esto, con mayor razón, porque, como sabemos, el psicoanálisis como tal surge a partir de la cuestión del rechazo del cuerpo pulsional de la mujer efectuado por la histérica, del que Freud dio testimonio desde sus *Estudios sobre la histeria*. «Rechazo del cuerpo» en la histeria al que Lacan, por lo demás, volverá en varias ocasiones. Histeria que, entre otras cosas, no pocas veces expresa su rechazo del cuerpo propio *sub specie anorexiae*, a través de la apariencia del síntoma anoréxico. Por esto se hace esencial, para nosotros, distinguir las modalidades de rechazo del cuerpo en la anorexia de la joven, para no confundir su carácter y su función.

Notas:

149. Este capítulo reproduce, reelaborándola, la primera parte del capítulo 9 de *Le refus*

dans l'anorexie, *op. cit.*, págs. 193-206.
150. M. Fernández Blanco, «Trastornos del comportamiento alimentario en la adolescencia», conferencia celebrada en Roma el 20 de febrero de 2010 en la Jornada de Estudios «I disturbi alimentari in adolescenza», organizada por el Departamento de patologías alimentarias del Instituto Freudiano.
151. J. Lacan, *Il Seminario. Libro X. L'angoscia*, *op. cit.*, pág. 281.
152. Ph. Lacadée, «L'adolescence, une délicate transition», *Mental*, junio de 2001, nº 9; pero también en Ph. Lacadée, *L'éveil et l'exil. Enseignements psychanalytiques de la plus délicate des transitions: l'adolescence*, Cécile Defaut, Nantes, 2004.
153. J. Lacan, «Prefazione» a *Risveglio di primavera* (1974), *Altri scritti* (2001), ed. it. al cuidado de A. Di Ciaccia, Turín, Einaudi, 2013, pág. 553.
154. D. Cosenza, «L'initiation à l'adolescence: entre mythe et structure», *Mental. Revue Internazionale de Psychanalyse*, noviembre de 2009, nº 23.
155. J. Lacan, «Prefazione» a *Risveglio di primavera*, *op. cit.*, pág. 554.
156. Ésta es la posición sostenida al respecto por Manuel Fernández Blanco, «Teoria e clinica dell'anoressia infantile», *op. cit.*
157. D. Offer, K.A. Shonert-Reichl, «Debunking the myths of adolescence: Findings from Recent Research», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1992, 31, págs. 1003-1013.
158. *Ibid*.
159. G. Lipovetsky, *Le bonheur paradoxal. Essai sur la societé d'hyperconsommation*, Folio, París, 2006.
160. S. Cottet, «Le sexe faible des ados: sexe-machine et mythologie du coeur», *La Cause Freudienne*, nº 64, «Freud et la jeunesse»), págs. 67-75.
161. J.-A. Miller (bajo la dirección de), *Effets therapeutiques rapides en psychanalyse. Conversation de Barcelone*, Seuil, París, 2006.

14. Clínica diferencial de la anorexia de la joven[162]

El rechazo del cuerpo en la histeria

Si la clínica de la histeria se configura, como dice Lacan en el Seminario XVII, como una clínica del «rechazo del cuerpo»,[163] es por tanto esencial ver cómo se manifiesta este rechazo y a qué apunta, qué lo mueve. En la histérica el rechazo del cuerpo se presenta, ante todo, como rechazo del cuerpo sexual en cuanto cuerpo sometido al dominio del Otro. Es un cuerpo, pues, insubordinado, que se resiste al dominio por parte del Otro, que no se deja reducir a la posición de objeto de goce del Otro sustrayéndose de él como objeto de satisfacción plena. Sin embargo, en la histeria este rechazo del cuerpo sexual se pone en juego de tal modo que apunta al corazón del Otro: apunta a suscitar el deseo del Otro, a hacer vibrar la ausencia en el Otro. En esta lógica, el rechazo del cuerpo sexual en la histérica no es en absoluto una operación adialéctica, autista, sino, al contrario, una operación orientada a incidir en el campo del Otro. En la perspectiva de la histérica el rechazo del cuerpo, la vía de la privación del goce y el anclaje en la insatisfacción se convierte en la modalidad a partir de la cual se intenta interrogar la falta del Otro, ser la causa de su deseo. El menos de goce que la histérica se impone inconscientemente, en los síntomas corporales que produce y en su modo de estar en el vínculo amoroso, se traduce en su experiencia en la exigencia de un poco más de deseo, en su modo de ser causa de deseo. El rechazo del cuerpo sexual en la histeria es, pues, una operación fundamentalmente inscrita en la dialéctica con el Otro; no es, para la histérica, rechazo del Otro como tal, sino más bien rechazo en función de deseo. Ésta es la vía de la histérica para intentar ser única para el Otro. En esto la histérica se inscribe plenamente en la lógica del falo, en la significación fálica y en la modalidad de goce —el goce fálico, Jφ— que gira en torno a la función fálica, donde el goce está estructuralmente separado del significante y regulado por la ley de la castración, que preside el vínculo entre los dos sexos. «Ser el falo para el Otro»,a eso apunta la histérica con su rechazo del cuerpo sexual como maniobra para causar el deseo.

En el caso de la joven histérica, pues, teniendo en cuenta los tiempos lógicos en el proceso de iniciación sexual en la adolescencia que hemos tomado de Lacan, nos encontramos ante un sujeto que construye en el T1

un velo fantasmático en torno al sexo que orienta su posición y su deseo respecto del encuentro con la pareja. Si acaso, los problemas de la joven histérica se producen en el paso al T2, el encuentro con el trauma de la castración simbólica, que en una coyuntura particular muestra el *impasse* estructural de la posición fantasmática («ser el falo») en la que el sujeto se había situado en relación al deseo del Otro. El problema en el que se debate la histérica, en esta coyuntura, es cómo asumir el hecho estructural de que lo universal fálico con el que se ha identificado (que es el modo lacaniano de traducir en lógica la identificación viril de la histérica de Freud) no da razón de su posición de mujer. En efecto, para Freud y Lacan, no hay un significante en el inconsciente para la mujer, y por eso Lacan afirma que La Mujer no existe, mientras que el Hombre existe como universal y el significante fálico es el único que regula en el discurso la relación entre el hombre y la mujer.

La histeria en su vertiente sintomática es una no asunción de este dato estructural, que oscurece aquello que es específico de lo femenino, ligado al uno por uno de las distintas mujeres, para las cuales, en la perspectiva del Seminario XX *Aún*, no vale (ya solo) la lógica edípica de la excepción y de la ley universal, propia del goce fálico, sino (en lo específico) la lógica más allá del Edipo de la seriación, propia del goce femenino.

El rechazo del cuerpo en la anorexia histérica

La clínica de la anorexia histérica de la joven es una versión interna en la clínica de la histeria *tout court*. Es decir, para ella valen los elementos estructurales de fondo en juego en la histeria de la joven: la operatividad de la metáfora paterna en la infancia y la inscripción del sujeto en la lógica fálica, la construcción del velo fantasmático en torno al enigma del sexo, el rechazo del cuerpo sexual unido a su falicización en función de causa de deseo, el uso del velo como semblante en el juego de la mascarada femenina.

I. *Anorexia histérica como respuesta al trauma de la castración.* Mi tesis de fondo es que, sin embargo, en la anorexia histérica de la joven el encuentro con el T2 del trauma de la castración produce un efecto no subjetivable simbólicamente en la coyuntura de su acontecimiento, al que la joven responde mediante la acción rechazando la comida y estructurando el síntoma anoréxico. Lo que vacila precisamente en esa coyuntura es el ideal encarnado por ella de ser única para el Otro, que desaparece por efecto de una emergencia de lo real que hace caer al sujeto del lugar imaginario que creía ocupar para el Otro.

En el caso de Clementina, por ejemplo, la coyuntura de desencadenamiento del síntoma anoréxico coincidió con lo que vivió como la «traición» de su amiga del alma, que la había acompañado en los primeros años de la pubertad en la exploración del mundo masculino y la seducción de los jóvenes. Muchacha muy atractiva y cautivadora, había creado una estrecha asociación con la amiga con la que siempre salía por la tarde con algunos chicos, que se alternaban entre ambas en relaciones ocasionales. Lo que era estable era la relación entre las dos, su asociación que nunca tomó la dirección de una homosexualidad efectiva. Cuando salían por la tarde, «¡iban a cazar chicos!», y en esto consistía su satisfacción, en seducirlos y conquistarlos. Clementina había construido una modalidad de relación con el objeto de amor que consistía en identificarse manteniéndose a distancia de él: así había hecho con el padre, cuyo carácter determinado había adoptado y a quien se parecía físicamente, pero amándolo desde lejos, rechazando por ejemplo seguir su carrera laboral en el banco, como él habría querido, para dedicarse, en cambio, al teatro. Lo amaba sin someterse, como es propio de la histeria. Una solución análoga parece haber estructurado desde la preadolescencia con su amiga del alma: ser única para ella, entregándose a los hombres sin amarlos. La coyuntura de desencadenamiento del síntoma anoréxico se produjo para Clementina cuando, al regreso de unas vacaciones de verano, en torno a los 17 años, descubrió por la hermana que su amiga se había ido a los Estados Unidos por un año sin decirle nada. Desde entonces empezó a rechazar la comida, para encerrarse y adelgazar vistosamente hasta que empecé a verla.

II. *Una clínica de la falicización de la delgadez*. La delgadez del cuerpo asume en la anorexia histérica valor fálico, el cuerpo delgado metaforiza para el sujeto el falo como significante del objeto de la ausencia del Otro. Para muchas histéricas la anorexia funciona como una especie de *reserva fálica* a la que acceden en los momentos críticos, después del encuentro con el trauma de la castración que se presenta en su vida amorosa, agudizando el paso de la delgadez a la severidad sintomática. Por tanto, no es en absoluto una manifestación de salida de la lógica fálica, sino al contrario un intento de permanecer en ella por otros medios, reduciendo al máximo la ecuación histérica cuerpo = falo. La ecuación desplegada en la anorexia histérica no es, para nada, una sustitución de la ecuación histérica, sino más bien una distribución diferencial del valor interno a esta ecuación. Distribución según la cual (en línea, por lo demás, con el sistema de los valores corporales de la sociedad contemporánea) dentro de un umbral que no supera los límites extremos de la desnutrición, la nueva ecuación es «cuerpo delgado = falo». Para la anorexia histérica la

ecuación es «cuerpo muy delgado = falo», en base a la cual la disminución del peso del cuerpo aumentaría su valor fálico, es decir, su deseabilidad.

En el caso de Teodora, la anorexización repentina a los 18 años condensó, al mismo tiempo, una respuesta a una coyuntura crítica en la que tuvo una desilusión radical en relación a su propio amor por su padre, y la recuperación fálica ligada precisamente a una libidización del cuerpo delgado como significante del deseo del padre hacia la mujer. La vida de Teodora transcurre a lo largo del hilo conductor del amor por el padre, que se presentará para ella, sin embargo, en la forma de un amor a distancia, hecho de esperas y de citas fallidas, de promesas no cumplidas. Hacia los 10 años de Teodora el padre, en conflicto continuo con su mujer, decide dejar el hogar e irse a vivir al extranjero. Allí desplazará su actividad industrial, en la que con el tiempo se enfrentará a la quiebra, reduciendo al mínimo su fortuna. Mantendrá con su única hija una relación epistolar y encuentros ocasionales, pero apasionados, en los que deja entrever a Teodora la posibilidad de trasladarse a vivir con él. La madre de Teodora, mientras tanto, se une a un gran empresario viudo con una única hija y acaba casándose con él después de haber obtenido el divorcio y yendo a vivir con Teodora en su gran casa. Allí, Teodora se encontrará con un padrastro y una hermanastra, y a pesar de sus esfuerzos y de los del padrastro, terminará sintiéndose como una hija de segunda categoría.

Con el tiempo desarrollará cada vez más la fantasía de ir a vivir con su amado padre, contando con las medias promesas hechas por él en sus esporádicos encuentros. Sin embargo, lo que llevará a Teodora a la precipitación traumática consistirá en tomar nota, progresivamente, de la nueva relación de su padre con una mujer extranjera, y de la decisión paterna de ir a vivir donde la nueva compañera junto a la única hija de ella. Esta coyuntura hará que Teodora se precipite en la identificación de «la excluida de la familia», tanto en la vertiente de la madre como en la del padre. El encuentro con la compañera de su padre y con su hija tomará para Teodora la forma agresiva de la rivalidad, poniendo a su padre, ante la hostilidad de la nueva compañera contra Teodora, en la situación de incumplir la promesa hecha a la hija respecto de una vida en común, y en la perspectiva de espaciar los encuentros con ella, cada vez más fugaces y clandestinos.

La anorexización de Teodora será una respuesta repentina y aguda al jaque de su proyecto de vida con su padre. Esto la conducirá también a algunos ingresos en clínicas especializadas para el tratamiento de la anorexia. Con todo, el síntoma se convertirá para ella en una especie de ancla de salvamento. Lo estructurará, por cierto, a partir de un

significante paterno central en la elección del objeto de amor: las mujeres delgadas constituyen, en efecto, el común denominador de las mujeres de su padre, el elemento que no puede faltarles para que él pueda desearlas. Fue válido para la madre de Teodora, y lo es para la nueva y más joven compañera de su padre.

Esto producirá en Teodora un doble efecto. Por un lado, la emergencia de su síntoma funcionará para su padre como una llamada junto a ella. Es la función que hemos ilustrado ampliamente del rechazo como llamada, metáfora de la demanda de amor: como menos hasta matarme de hambre para ser más causa de tu deseo, clave de tu amor. Por otro lado, orientará su elección de objeto hacia una pareja capturada por la delgadez de la mujer.

III. *El saber como enigma en la anorexia histérica*. Un punto clave en la clínica de la anorexia histérica viene dado por la relación del sujeto con el saber. Se trata de un aspecto de absoluta relevancia, porque es seguramente uno de los puntos nodales que permiten marcar una divergencia entre anorexia histérica y anorexia mental en sentido estricto. En efecto, si es verdad que por un lado el desarrollo del síntoma anoréxico tiene también en el sujeto histérico, sobre todo en la fase de luna de miel de la anorexia, un efecto de clausura inconsciente y de congelación de la cadena significante en la respuesta sintomática, continúa siendo verdad, no obstante, que en el corazón de la relación del sujeto con el saber está el enigma. En la anorexia histérica la pasión por la anorexia y la pasión por el enigma cohabitan, coexisten durante un cierto tiempo de la vida del sujeto, aunque el enigma es estructural para el sujeto histérico, mientras que la anorexia es una respuesta efectiva del sujeto a su pregunta que sortea el enigma. Todos los recursos del tratamiento en la anorexia histérica se condensan, antes que nada, en un trabajo de desconexión, en el sujeto, entre la pasión por el enigma y la pasión por la respuesta anoréxica. Operación nada sencilla, en la medida en que, cuando el síntoma se instala y ofrece al sujeto sus beneficios secundarios, su efecto tiende a clausurar el enigma, al menos temporalmente, también en el sujeto histérico. En efecto, hacer jugar en el sujeto la histeria contra la anorexia significa, en estos casos de anorexia histérica, poner la pasión histérica por el saber que divide al sujeto contra la pasión anoréxica por el saber congelado y vacío. Significa poner el enigma en el intervalo entre los significantes S_1-S_2, allí donde, en cambio, la tendencia anoréxica es abolir holofrásticamente tal intervalo, depurar el enigma del campo del saber poniendo en el corazón del saber una certeza absoluta fuera-de-significante, una petrificación de goce constituida por el *nada*.

El rechazo del cuerpo en la anorexia mental

I. *Una clínica de la ruptura del velo*. En las formas anoréxicas en la adolescencia que no se pueden reconducir a los cuadros histérico-neuróticos, ya asistimos a un fracaso, en grados diversos, en el T1 de la construcción del velo fantasmático en torno a la relación sexual. En otras palabras, asistimos al *impasse* radical de la iniciación sexual del adolescente, que no le hará posible una efectiva asunción de la propia posición sexuada y una inscripción subjetiva en el interior de la lógica fálica. Esto tendrá como efecto consiguiente una fundamental desestructuración de la ecuación simbólica cuerpo = falo, y una sustancial privación del valor enigmático de la vida sexual y amorosa.

La cuestión se vuelve particularmente relevante para la joven, en la medida en que la función del velo asume un valor central en la construcción de la posición femenina en el interior de la dialéctica fálica entre los sexos. En efecto, la función del velo es la base que hace posible a la joven, que no presenta en el propio cuerpo el falo como un órgano visible, entrar como protagonista en la mascarada femenina, dejando entrever a la pareja masculina el propio valor fálico de mujer, como modo de causar su deseo. En la dialéctica entre los sexos esto podrá conducir al varón, a través del pavoneo viril, a querer dar a la joven lo que ella no tiene, y a la joven a querer ser para él lo que le falta.

La construcción del propio velamiento fálico, producto de la labor significante del sujeto, en torno al propio cuerpo, es una operación clave que encuentra a partir del tiempo de la pubertad su momento de mayor consolidación y acabamiento. Es ésta una de las razones fundamentales por las cuales, a nuestro parecer, la anorexia mental es sobre todo una patología femenina, puesto que es afectada más radicalmente por los efectos devastadores de la desaparición del velo en torno al enigma de la sexualidad en el mundo contemporáneo. En efecto, el velo funciona como una especie de órgano simbólico en el cuerpo de mujer y como producto de un trabajo de construcción singular de cada una, siendo este órgano simbólico esencial para su vida amorosa. Su ausencia se revela devastadora para el sujeto, porque no le permite un tratamiento significante de la demanda del Otro y una mediación con su deseo en la relación entre los sexos.

De hecho, en la clínica de la anorexia mental no histérica asistimos a una *lesión estructural de la función del velo*, o incluso en los casos más graves, no pocas veces de franca psicosis, a una ausencia del velo.

Condición que no permite a la joven entrar en juego como protagonista, asumiendo la posición sexuada de mujer, en la dialéctica de la vida amorosa. Esto no significa en absoluto necesariamente que la

joven anoréxica no tendrá una vida sexual o de pareja. Lo que ocurre más bien es que, también cuando el sujeto mantiene abierto un espacio para la vida sexual y de pareja, este espacio se presentará como privado de valor fálico, carente de agalma, no expresión de una construcción fantasmática singular y caracterizado fundamentalmente por una exigencia de apoyo de tipo narcisista-especular. Exigencia a menudo sostenida también por una necesidad mimética de inclusión, que haga sentir a la joven más conforme con los parámetros de la vida social de sus coetáneos.

En el caso de Alessia, el relato del inicio de su vida sexual en su juventud impresiona por el modo en que cuenta que sólo sintió fastidio y ni siquiera atracción por el muchacho de su primera experiencia: solamente la convicción de que era su deber hacerlo, porque así hacían las chicas de su edad. Así, ante la primera insinuación recibida en su vida aceptó tener su primera relación sexual. Ninguna construcción, ninguna expectativa o curiosidad, ninguna exigencia exploratoria, ninguna satisfacción particular en torno al hecho de la primera relación sexual: sólo la certeza de un deber que cumplir en cuanto muchacha como las otras. En vez del velo de la castración, el despliegue de una orden superyoica a la que obedecer para poder ser una joven.

La ausencia de velo del cuerpo pasional en Alessia resultará evidente con ocasión de la descompensación psicótica ocurrida cuando se encontró, de pronto, mientras estaba arrodillada ordenando los vestidos en el escaparate de la tienda donde trabajaba, con la mirada de un grupo de chicos dirigida a su trasero. Se quedó durante un mes encerrada en su habitación, interrumpiendo tanto el trabajo como sus estudios universitarios, aterrorizada por el encuentro con la mirada de alguien. La terapia conmigo continuó en aquel momento por teléfono, antes de poder volver a vernos.

La fenomenología de la vida sexual y amorosa en la anorexia mental se presenta como privada de deseo, y cuando existe o no se interrumpe bruscamente con el inicio de la enfermedad, está más caracterizada por un aspecto anaclítico-de apoyo. La pareja es a menudo quien atiende al sujeto haciéndose cargo de sus necesidades y en general, conspirando con la enfermedad. No es un antagonista del síntoma anoréxico, al contrario, con frecuencia encuentra un lugar propio en el sistema sintomático de la anorexia mental de la joven. En esto no hace más que reforzar la omnipotencia sintomática en vez de introducirle un límite simbólico capaz de resquebrajarla.

II. *Fracaso de la ecuación cuerpo = falo*. Asistimos, pues, si no a un rechazo, al menos a una ruptura de la ecuación cuerpo = falo en la

anorexia mental de la joven. En ciertos aspectos, algo que recuerda a la ruptura del matrimonio con el falo a la que se refiere Lacan cuando intenta definir el goce del toxicómano. En efecto, una buena definición de la anorexia mental de la joven es que ésta consiste en un *rechazo o una ruptura del matrimonio con el falo*.

De hecho, el fracaso de la ecuación cuerpo = falo en las anorexias no neuróticas se ilumina más eficazmente si se tiene en cuenta el hecho de que el matrimonio del sujeto con la imagen del propio cuerpo es un «matrimonio sin velo», es un encuentro devastador y perseguidor, sin mediaciones, con el espejo, precisamente porque al sujeto le ha faltado la medida del velamiento fálico del cuerpo. Medida introducida en la experiencia del sujeto por el encuentro con el deseo del Otro, con la señal de amor dada por el Otro en el régimen de la ausencia y de la castración simbólica. Esta señal duplica para la joven en la pubertad el efecto de unificación corporal introducido en el niño con el estadio del espejo gracias a la palabra del Otro, habitualmente de la madre, que orienta la identificación del niño con su imagen corporal. Pero esta duplicación no es una mera repetición, puesto que introduce en particular en la identificación de la joven con el propio cuerpo la diferencia sexual: es la identificación con el cuerpo de la mujer lo que obtiene la joven mediante el paso al estadio del velo. Podríamos decir que el estadio del espejo permite al niño pasar de la experiencia de un cuerpo fragmentado a la experiencia de un cuerpo unificado, el estadio del velo al inicio de la pubertad permite transformar un cuerpo unificado en un cuerpo sexualmente orientado, en condiciones de entrar en la dialéctica de la vida amorosa entre los sexos:

Estructuración del cuerpo en el desarrollo neurótico del sujeto

Estadio del espejo cuerpo fragmentado cuerpo unificado
Estadio del velo cuerpo unificado cuerpo sexuado

En la anorexia histérica el sujeto estructura estos pasos en el desarrollo, pero halla una dificultad para sostenerse plenamente en la propia posición sexuada en la coyuntura crítica del encuentro con el trauma de la castración. Esto hace que la joven pueda sostenerse como mujer sólo en la posición del rechazo que la anorexia le permite, produciendo así una metáfora:

Anorexia
Cuerpo de mujer

La clínica de la anorexia mental no neurótica es una clínica donde asistimos al fracaso del proceso de «corporización» del significante, como lo define Jacques-Alain Miller en «Biología lacaniana y acontecimiento de cuerpo», que libidiniza el cuerpo del sujeto organizándolo simbólicamente y orientándolo pulsionalmente. Es esencial distinguir aquellos casos de anorexia en que el proceso de corporización significante arraiga en el cuerpo del sujeto, tanto en el estadio del espejo en la infancia como en el estadio del velo en la pubertad, diferenciándolos de los casos de psicosis en los cuales el fracaso estructural es ya identificable en la infancia y encuentra una réplica fundamental en la pubertad, contenida por la solución anoréxica.

Psicosis Neurosis
Estadio del espejo cuerpo fragmentado cuerpo dividido
Estadio del velo solución anoréxica síntoma anoréxico

En la solución anoréxica de tipo psicótico, el paso de la pubertad reabre las condiciones estructurales de la fragmentación del cuerpo del sujeto, revelando *après-coup* el fracaso del estadio del espejo. En estos casos, la anorexia mental es la respuesta del sujeto a la representificación de la fragmentación estructural, que inscribe en el cuerpo de la joven, en vez del imposible velamiento fálico, la armadura rígida de la anorexia.

III. *Un goce fuera de medida: perversización del «no todo» en el sin-límites anoréxico*. El no acceso al goce fálico condena a la joven anoréxica a un goce desmesurado, sin límite, que se encarniza con el cuerpo, devastándolo. Que esto ocurra en particular en la anorexia mental para las jóvenes mucho más que para los varones es algo que se justifica también, en la perspectiva de la clínica psicoanalítica, por algo que es propio de la mujer en su relación con el goce. Factor diferencial que está en la base, como ya se ha subrayado, de muchas patologías femeninas contemporáneas del exceso, manifestadas en particular a partir de la privación.[164] Sin duda en este cuadro podemos hacer entrar, además de la anorexia mental, la clínica de la depresión en la mujer.

En efecto, en el Seminario XX Lacan subrayaba en referencia a la

mujer la posibilidad más directa del acceso, respecto del hombre, a un goce no limitado al goce fálico, y caracterizado por situarse más allá del Edipo y de la castración, que llamará Otro goce. Goce no significantizable, suplementario, que pone en relación directa a una mujer con la alteridad absoluta. Por eso subrayaba su tangencialidad con la experiencia mística, en la cual la relación del sujeto con Dios es sin mediación. Pero hay que preguntarse qué adviene en el cuerpo de una mujer de esta dimensión «otra» del goce, cuando su inscripción en el goce fálico fracasa o se rompe el matrimonio de la joven con el falo. En otras palabras, ¿qué pasa con la experiencia propiamente femenina del «no-todo», cuando una mujer rechaza o rompe el matrimonio con el falo?

Nuestra hipótesis es que es precisamente en torno a esta cuestión, unida a la temática de la lesión del velo de la que hemos hablado, que el psicoanálisis puede aportar su respuesta específica a la pregunta: ¿por qué la anorexia es principalmente de la joven, y más en general de la mujer? Más específicamente, nuestra lectura de la cuestión es que allí donde el matrimonio de la joven con el falo es rechazado o roto, se produce una distorsión radical de su relación con el goce suplementario. Distorsión en la cual el «no-todo» del goce femenino se transforma en el sin límite del goce anoréxico. Goce sin límite que se estanca en el cuerpo de la joven, devastándolo. Cuerpo que se convierte en un objeto fetiche vejado por el sujeto mismo por continuas prácticas superyoicas de hipercontrol y de privación, pero como hemos visto no pocas veces también de lesión, de corte y de devastación. Prácticas en las cuales, en realidad, el hipercontrol se revela solamente como la ilusión superyoica-delirante de la anoréxica, cuyo verdadero motor es una pérdida estructural de control, una desmesura radical que la hace correr sin frenos hacia la muerte.

Nuestra tesis es, por tanto, que:

a) la anorexia mental es principalmente de la joven, porque es en el goce femenino donde el sin límite encuentra un lugar estructural;
b) allí donde la joven anoréxica rechaza y rompe el matrimonio con el falo, la vertiente «no todo» fálica del goce femenino adquiere la fisonomía aberrante y maligna, en el cuerpo de la anoréxica, de un goce de la privación sin límite;
c) dicho goce ilimitado es practicado perversamente por la anoréxica sobre el propio cuerpo, asumido al mismo tiempo como fetiche de adoración y de devastación.

La ejemplificación clínica paradigmática del sin limite anoréxico viene dada precisamente por todos aquellos casos de anorexia mental en los cuales, sin el límite introducido por el Otro cuidador y la hospitalización

a menudo forzada, el matrimonio anunciado de la anoréxica con la muerte se habría realizado. En efecto, podríamos decir que la joven anoréxica rechaza o rompe el matrimonio con el falo para convertirse, sin querer, en novia de la muerte. Muerte que no funciona en absoluto para ella como límite simbólico, sino más bien como deriva real sin límite. En realidad, por lo general, en la anorexia mental el sujeto no tiene una intención suicida, no busca la muerte, la cual le es indiferente, aunque no pocas veces la encuentra. Es su pasión por el *nada*, el objeto que causa su goce y que aniquila su deseo, lo que la ciega hasta el punto de conducirla a morir por él.

El objeto *nada* en la anorexia del niño y en la anorexia de la joven

Es importante distinguir la función que el objeto *nada* desarrolla en la anorexia de la joven, de la que desarrolla en la anorexia infantil precoz. Un modo que nos parece clarificador de hacerlo consiste en correlacionar, ante todo, la anorexia infantil en sus diferentes formas con la ecuación que el psicoanálisis reconoce como esencial en la relación del niño con la función materna, es decir, niño = falo. Así como trataremos de correlacionar aquí la anorexia mental de la joven con los destinos de la ecuación cuerpo = falo, que para el psicoanálisis es decisiva en la estructuración de la posición sexuada del sujeto, en particular de la mujer, en el interior de la dialéctica de la vida amorosa. Sobre la base de dicha correlación diferencial intentaremos mostrar qué función específica desarrolla el objeto *nada* en los diferentes casos.

Ante todo, podríamos decir que en la anorexia infantil la función del *nada* debe ser pensada en relación con el fracaso o la desregulación de la ecuación niño = falo, y, por tanto, concierne a la relación del niño con el deseo del Otro primordial, que es para él el Deseo de la Madre. Respecto de este punto, la clínica de la anorexia precoz nos ofrece al menos tres variantes fundamentales.

La primera la constituye la anorexia precoz pasiva del lactante, donde asistimos al fracaso desde el origen, al aborto de la falicización del niño, como ocurre también en muchos casos de autismo infantil. El Deseo de la Madre no está allí esperándole como savia vital cuando él viene al mundo, sino que se presenta como un deseo muerto. La anorexia precoz pasiva es, por tanto, un rechazo primordial de la vida, una desvitalización primaria que impide al niño entrar en la historia, manteniéndolo en un goce primigenio y sin pérdida que no hace sitio al Otro. Aquí el *nada* ocupa el lugar mismo del falo, que así queda vacío, y marca en su raíz el destino por venir del niño, su rechazo de una existencia en el tiempo y en la historia, en una forma que podríamos

escribir, en una ecuación paradójica:

niño = nada

En la anorexia precoz activa encontramos, en cambio, otras dos estructuras en las que el objeto *nada* ejercita diversamente su función. En efecto, la anorexia infantil de oposición o de destete presenta dos variantes estructurales irreductibles entre sí. En ambos casos, se produce la ecuación niño = falo y fragua el encuentro del recién nacido con el Deseo de la Madre. Sin embargo, hay una primera clase de casos en los cuales el Deseo de la Madre faliciza al niño sin pasar a través de la castración simbólica. Se trata, pues, de una falicización adialéctica del niño, que produce al niño como falo psicótico de la madre, que desatiende el principio estructural de la lógica fálica, es decir, el principio de la castración: aquí, la madre fagocita al niño, como en la metáfora de la boca de cocodrilo usada por Lacan en el Seminario XVII, haciendo del niño un objeto exclusivo del propio goce de la madre, sin darle el estatuto de don de amor dirigido por ella, en cuanto mujer, a su propia pareja, el padre del niño. En estos casos en que la metáfora paterna fracasa, en que el Nombre del Padre no entra a regular el Deseo de la Madre, el niño se encuentra siendo en lo real el falo de la madre, objeto de un vínculo de dos desesperante en el que se condensa la locura de su goce. En estos casos, pertenecientes al campo de la psicosis, el desarrollo de la anorexia mental en el niño introduce un límite somático (en ausencia de límite simbólico) entre el niño y la locura del Otro materno, es una defensa respecto de este Otro que quiere gozar de él sin límite. El objeto *nada* se sitúa entonces, aquí, entre el niño como sujeto y el deseo loco de la madre, como una defensa primordial del niño anoréxico contra el hecho de ser objeto real y exclusivo del goce materno:

niño/nada//goce materno

Pero la anorexia infantil de oposición presenta también una tercera forma, en la cual en el niño la metáfora paterna llega a escribirse, si bien débilmente, y donde, por tanto, la ecuación niño = falo se presenta en una forma transmisible en la lógica fálica organizada por la castración simbólica. Esto hace que el niño incluya al padre como función en el interior de la escritura de tal ecuación, y que, por tanto, pueda encontrar algo de la castración materna y del deseo de mujer en la madre. En estos casos, estamos, pues, ante un niño neurótico, que desarrolla un síntoma anoréxico precoz. Aquí hablamos de síntoma en sentido estrictamente analítico, porque en estos casos de anorexia infantil el niño funciona

como síntoma de la pareja de progenitores, del vínculo entre padre y madre, y no sólo como dique contra el goce materno. Nos movemos, por tanto, en el marco de una lógica edípica, en la cual el niño desarrolla un síntoma, deja de comer, para transmitir a sus padres algo inaudito que no consigue comunicarles de otro modo. Por tanto, mientras en las anorexias infantiles psicóticas la anorexia del niño funciona como dique contra el goce desregulado del Otro materno, en las anorexias infantiles neuróticas el síntoma anoréxico actúa sobre el deseo del Otro parental: lo interroga, lo provoca, lo angustia, pero con el fin de producir una rectificación subjetiva. Más precisamente, en la anorexia infantil del niño neurótico el síntoma anoréxico apunta a disipar en los padres su confusión, de la que no se percatan, entre los cuidados y el don del amor. Apunta, en otras palabras, a reposicionar el vínculo familiar en el eje vital de la primacía del deseo, mortificado por las sensatas razones de la necesidad y el carácter invasivo del goce. En este marco, el *nada* anoréxico en el niño apunta al corazón del deseo del Otro parental, pero de una forma radical en la que, en los casos más graves, queda atrapado en la posición absoluta del deseo puro, para el cual vale el principio «o el deseo o la muerte». Por eso el niño anoréxico, con tal de despertar el deseo de sus padres hacia él, está dispuesto a jugar con la propia muerte poniendo en práctica, con su huelga de hambre, lo que Lacan llama en el Seminario XI la amenaza de desaparición. Para él es mejor morir que vivir sin el deseo del Otro. Ésta es la vertiente radical de su acción fundamental de comer nada.

niño/nada/deseo del Otro parental

¿Cómo funciona, en cambio, el objeto *nada* en la anorexia mental de la joven? Como decíamos, sus funciones giran en torno a las vicisitudes en la joven anoréxica de la ecuación simbólica *cuerpo = falo*.

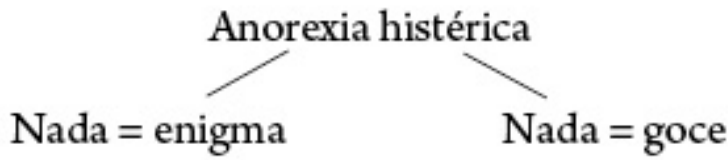
Solamente en la anorexia histérico-neurótica dicha ecuación revela su efectiva estructuración y operatividad, permitiendo así que la joven pueda acceder a la dialéctica fálica entre los sexos, y que pueda sostener la mascarada femenina para la pareja masculina. El síntoma anoréxico en la pubertad se instaura, sin embargo, en una coyuntura crítica en la cual una experiencia contingente reactiva en el sujeto el encuentro con el trauma de la castración, haciendo caer al sujeto de la posición imaginaria en la que se había posicionado en relación al deseo del Otro. El mantenimiento de la ecuación cuerpo = falo necesita en este punto, para la joven, la introducción de un elemento de falicización adicional, constituido por la anorexia, para poder continuar siendo operativa para ella. La producción del síntoma anoréxico en estos casos se transforma, pues, de una condición de debilidad a una prueba de fuerza, acentúa la

falicización del cuerpo en la dirección de la delgadez, funciona como factor que empuja al deseo del Otro, sea la pareja o los padres, a despertar y hacer lugar al sujeto.

joven/cuerpo delgado = falo/deseo del Otro

En estos casos la función del *nada* presenta un doble aspecto. Por un lado, funciona como significante, es decir, está inscrito en el interior de la lógica fálica y coordinado con la dialéctica del deseo y su movimiento estructuralmente metonímico. *Nada* se convierte, en este cuadro, en aquel significante que dice de la imposibilidad de definir cuál es para el sujeto el objeto que causa su deseo. En esta acepción, en particular en la histeria, el *nada* condensa en sí un valor enigmático y alusivo, coincide en alguna medida con el lugar del enigma.

Sin embargo, al mismo tiempo, también en la anorexia histérica de la joven, sobre todo en la fase de luna de miel con la anorexia, encontramos operativa la dimensión real y adialéctica del *nada* como punto de condensación de un goce aislado del significante, ajeno a la lógica fálica, intratable simbólicamente. En la clínica de la anorexia histérica estos dos aspectos del *nada* coexisten confundidos, y en los momentos más agudos del síntoma el goce del *nada* produce el efecto de entorpecer la función del *nada* como significante enigmático, yendo a obturar el intervalo entre los significantes S_1-S_2. La dirección de la cura actuará estratégicamente en el sentido de evidenciar la diferencia entre la dimensión enigmática y la dimensión de puro goce que, aquí, condensa el *nada*, y la contradicción que habita al sujeto respecto del propio síntoma, poniendo otra vez en funcionamiento el mecanismo de la cadena significante. En otras palabras, se tratará de poner de relieve en el discurso de la joven la pasión histérica por el *nada* como enigma, su posición de sujeto dividido, para hacerla trabajar contra la pasión anoréxica por el *nada* como goce pleno que rechaza el significante.

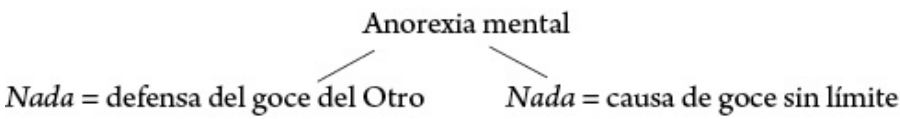


En las formas no neuróticas de anorexia en la joven, como decíamos, la ecuación cuerpo = falo no se estructura, la constitución del velo fálico sobre el cuerpo no se produce o se rompe en su hacerse, el objeto *a* no es extraído del cuerpo y no entra en la constitución de un fantasma

fundamental. La aparición de la anorexia se convierte, pues, en un modo, para la joven, de cavar un foso entre ella y el Otro, puesto que todo cuanto le llega del Otro toma la forma, para ella, de un goce persecutorio que la devasta. El *nada* constituye para la joven este foso insuperable entre ella misma y el Otro, lo que causa el goce pleno de la anorexia y su rechazo del deseo.

joven/nada//goce del Otro

En efecto, el *nada* anoréxico, aquí, apunta a extirpar el deseo hasta en su raíz pulsional, a convertir el cuerpo de la joven en un cuerpo sin deseo, asexuado, habitado solamente por la pulsión de muerte. Precisamente en este movimiento, asistimos en los momentos más críticos a la transformación del *nada* anoréxico de operador de defensa del goce invasivo del Otro a factor causativo que empuja a la joven al goce sin límites de la anorexia, a la carrera hacia la muerte, a una perversización aberrante del goce femenino.



Se dibuja aquí, pues, en torno a la operatividad del objeto *nada* en la anorexia mental de la joven, una especie de paradoja: éste funciona en el rechazo anoréxico, al mismo tiempo, como defensa extrema ante el goce invasivo del Otro, y como causa de un goce sin límite que devasta el cuerpo de la joven aproximándolo a la muerte. Defensa y devastación juntas.

Notas:

162. Este capítulo traduce parcialmente y reelabora la segunda parte del capítulo 9 de *Le refus dans l'anorexie*, *op. cit.*, págs. 206-220.
163. J. Lacan, *Il Seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi* (1969-1970), Einaudi, Turín, 2001.
164. Véase P. Francesconi (al cuidado de), *Una per una. Psicoanalisi e femminilità*, *op. cit.*, pero también Sh. Eldar (compilador), *Mujeres, una por una*, Gredos, Madrid, 2009.

Conclusiones.
De las nuevas formas del síntoma a las patologías del exceso

Concluir un libro se presenta siempre como una operación atravesada por una ilusión lineal: el punto final, conclusivo, debería restituirnos, en *après-coup* diría Lacan, el sentido de cuanto se ha escrito en el curso de la obra. El momento terminal vendría, así, a tener la última palabra respecto del esfuerzo que ha atravesado todo el trabajo presentado en el libro. Para desmentir esta ilusión, en la *Fenomenología del espíritu* Hegel indicaba en la introducción la verdadera conclusión de la obra. En nuestro caso nos encontramos aquí, en la conclusión, en una situación embarazosa. En efecto, aquí esta se presenta como un vector que atraviesa este libro —condensación de diversos momentos de nuestra parábola en el campo de la clínica de los trastornos alimentarios— para impulsarnos más allá de él, hacia el territorio a donde dirigimos nuestros pasos al menos en los últimos cinco años de nuestra investigación. Investigación que hasta ahora se ha movido más allá de una dimensión de enseñanza —reunida en seminarios, conferencias, intervenciones en congresos—, en el ámbito de una transmisión oral, y que por ahora no hemos querido entregar de manera estructurada a la escritura y a la publicación, dejando el tiempo necesario para su fermentación.

Esto no nos impide indicar algunos puntos nodales en los que dicha investigación está trabajando.

En primer lugar, un vector que se impone para nosotros desde hace algunos años va en la dirección de un cambio paradigmático en la lectura de la clínica contemporánea, que va más allá de las nuevas formas del síntoma. Paradigma que nos ha acompañado y en el que nos hemos apoyado en estos veinte años de investigación en el ámbito de la clínica de los síntomas contemporáneos. Pero que, con el tiempo, nos ha mostrado sus límites para comprender la especificidad en juego en el núcleo de goce de estos síntomas. Estos límites no conciernen solamente al irreductible relieve singular que cada caso nos presenta, y en torno al cual se construye efectivamente un diagnóstico en psicoanálisis capaz de orientar su tratamiento. Se extienden también a algunos criterios para poner de relieve el material clínico a los que nos hemos habituado con el tiempo, pero que a la luz de la experiencia han mostrado que aportan un menor asidero en lo real del síntoma. Entre ellos, en primer lugar, el denominado criterio de la *egosintonicidad* de los síntomas

contemporáneos, que en realidad podemos considerar efectivo solamente para algunos de ellos (en particular en la anorexia mental y las toxicomanías), no en todos los casos que le conciernen, y destacable en particular en los primeros años de la sintomatología, cuando se produce la llamada luna de miel con el síntoma (con la droga, con la idealización hipertrófica del cuerpo delgado…). Nada más lejos de la egosintonía que el trastorno de ataque de pánico, o de formas de perturbación corporal repentina y recurrente, más definibles, para retomar una fórmula de Sergio Caretto, como «*síntomas sensacionales*»165 o «*pulsional-sintónicos*», en los cuales está en primer plano el goce en el cuerpo que devasta al sujeto con una modalidad de manifestación para él difícil de prever y contener, como un terremoto psíquico que emerge en lo somático. Para permanecer en el ámbito de los trastornos alimentarios, es difícil reducir el síntoma bulímico, en particular en sus formas severas, al marco de una manifestación egosintónica, por el hecho de que en los primeros tiempos pueda presentar para algunos sujetos la forma de la solución mágica — como todo lo que quiero y no engordo, porque evacúo. La pérdida de control prevalece aquí de manera evidente en la experiencia del sujeto. Y esto ocurre de un modo aún más llamativo en el cuadro nosográfico que de forma más evidente se nos presenta como una patología alimentaria atravesada por la pérdida de control: el *Binge Eating Disorder*, trastorno de alimentación incontrolada. Por lo demás, hemos visto cómo la anorexia mental misma, que se nos presenta fenomenológicamente como una patología de hipercontrol, de hecho atrapa al sujeto en esta operación llevándolo a una deriva sin límites que la anoréxica sólo domina ilusoriamente, al igual que el toxicómano.

Junto a esta precisión debe subrayarse también la dificultad que supone reducir de forma homogénea estos trastornos a un proceso de identificación con el semblante sintomático como solución sustitutiva del *impasse* o el fracaso de la identificación fálica. Esta adhesión identificadora al síntoma, masiva en la anorexia y en la toxicomanía, es mucho más difícil de localizar en otras formas sintomáticas contemporáneas. En efecto, mientras que la anoréxica y el toxicómano tienden a elegir su síntoma como un estilo de vida, mucho más problemática es la identificación con la insignia sintomática en otros trastornos, para los cuales el síntoma se presenta como más doloroso y la vía identificadora al trastorno se presenta más anclada al discurso de la ciencia y a la difusión social de las nosografías clasificatorias del DSM, no ya como una elección de un estilo de vida.

En este sentido es preciso distinguir, en nuestra opinión, entre aquellos síntomas en los que el sujeto consiente una nominación imaginaria ligada a un síndrome, y construye su propia identidad y

posición en el tiempo en relación a tal asentimiento, como en la anorexia mental —en la fórmula «yo soy una anoréxica»—, y síndromes en los que este proceso no es operativo. Quizá por esta razón Lacan en su última enseñanza, en el Seminario XXI, cuando habla de la anorexia y de su operación esencial —comer nada— la define como una acción. Para Lacan, como nos indica en su Seminario XV sobre el acto analítico, la acción se distingue del acto en cuanto obra por el mantenimiento de una continuidad en el movimiento, podríamos decir por la perpetuación de determinado circuito libidinal que en la anorexia hemos querido definir a partir de Lacan como goce del rechazo. En nuestra opinión, pues, habría que distinguir, en el campo de los síntomas contemporáneos, entre los que podemos remitir al marco de una nominación imaginaria que sostiene a lo largo del tiempo la posición sintomática del sujeto y formas en las cuales no podemos hallar estos elementos.

Esta perspectiva nos ayuda quizás a leer mejor lo que está en juego en la posición anoréxica o toxicómana cuando se vuelve estable y se cristaliza en el sistema de prácticas materiales que sostienen para el sujeto la organización libidinal de su síntoma. En efecto, si aquí nos encontramos, como parece sugerirnos Lacan, ante una acción más que ante un acto, esto hace más legible la estabilidad del síntoma, también su denominada cronificación y su funcionamiento como una defensa erigida por el sujeto frente a la discontinuidad del acto, en particular como una alternativa respecto al pasaje al acto suicida.166 De ahí el carácter de solución que presentan estos síntomas para el sujeto. Pero a la vez su estatuto de defensa contra el inconsciente, de evitación del encuentro con lo real. De ahí todas las cautelas que se deben tener en cuenta en el tratamiento, respecto de cualquier iniciativa que apunte al desmantelamiento del síntoma.

A la luz de todo lo dicho, otro aspecto esencial para aclarar lo que está en juego en la clínica de los síntomas contemporáneos concierne a la denominada carencia fantasmática que encontramos habitualmente en estos pacientes. No debe causarnos sorpresa, si es verdad que a menudo constatamos en estos casos que el sujeto se sitúa en su estructura más allá de la neurosis, es decir, más allá de ese marco estructural en el que la maquinaria del fantasma es plenamente operativa. La clínica de los síntomas contemporáneos se presenta, pues, como una clínica donde la maquinaria del fantasma, por razones diversas, no funciona, o bien porque no se ha constituido, o bien porque funciona de manera precaria. En el fondo, la maquinaria del fantasma le sirve al sujeto, desde el punto de vista libidinal, para llevar a cabo una transformación fundamental: *convertir el goce que habita su cuerpo en pulsión.* Esta operación transformadora, que ofrece al goce del sujeto una órbita en torno a la

cual girar y una organización significante que orienta la satisfacción, es la operación imposible, o extremadamente precaria, para el sujeto con el que nos encontramos, en general, en la clínica de los síntomas contemporáneos. El goce continúa siendo masivo, sin pérdida, fuera de discurso, no se articula con la demanda y el campo simbólico, permanece en un circuito cerrado, toma la vía de la descarga sin pasar por la puerta del Otro. La clínica de estos síntomas se presenta, pues, como una clínica de este *impasse* transformador, como imposibilidad de esta metáfora libidinal que permite que el sujeto pase de una relación masiva y sin límites a una relación parcial y orientada, es decir, pulsional, con el goce. Cómo operar allí donde esta metáfora libidinal no ha podido producirse, es precisamente el campo de experiencia clínica en el que están comprometidos quienes trabajan con estos sujetos.

Este nuevo encuadre de la cuestión de los síntomas contemporáneos nos permite avanzar en la dirección de la articulación de un nuevo paradigma, que encuentra su definición más adecuada, en nuestra opinión, en su formulación como clínica del exceso.[167] Con este término de «exceso» queremos poner de relieve un significante que se aproxima más a nombrar lo real en juego desde la perspectiva de dicha clínica, que traduce de forma desplegada lo que Lacan anunciaba ya en 1970 en «Radiofonía», donde nos hablaba del ascenso del goce al cénit social como rasgo característico del capitalismo contemporáneo.[168] Este campo de la clínica del exceso podrá desplegarse en la bipartición, freudiana y lacaniana en su inspiración, entre una dimensión discursiva —en la que el exceso adopta la forma del goce en pérdida o plus de gozar propio de la neurosis—, y una dimensión fuera de discurso —donde podemos situar, además de a las psicosis francas, también las formas más masivas de las patologías del exceso. Ésta nos parece una vía más próxima a la indicada en la última enseñanza de Lacan mediante las nociones de *hablanteser*, acontecimiento de cuerpo y *sinthome*. Y un intento de contribuir a la acción del psicoanálisis del siglo XXI, en su paso, relanzado por Jacques-Alain Miller, de la época del inconsciente a la época del *hablanteser*.[169]

Notas:

165. S. Caretto, «Sintomi sensazionali o… della carne pulsante», *Attualità Lacaniana*, Corpi e solitudini, nº 20, Alpes, Roma, enero de 2015-diciembre de 2016, págs. 75-77.
166. Remito a mi conferencia en el Atelier de Criminologie Lacanienne en Martigny, «Pathologies de l'excès et veritè menteuse», el 16 de septiembre de 2016, inédita.
167. Una primera articulación de esta perspectiva está en D. Cosenza, «Pathologies de l'excès», y en «L'excès comme solution dans la clinique», *Actes du Pont Freudien, 39*ème *Rencontre*, 3-5 de octubre de 2014, Montreal, págs. 3-24; 51-68.

168. A propósito del carácter crucial del «momento *Radiofonía*», véase É. Laruent, *L'envers de la biopolitique. Un écritura pour la jouissance*, Navarín, París, 2016, págs. 23-42.
169. J.-A. Miller, «Presentación del tema en el X Congreso de la AMP, en Rio, en 2016», en Asociación Mundial de Psicoanálisis, *Scilicet. Il corpo parlante. Sull'inconscio nel secolo XXI*, Alpes, Roma, 2016, págs. XXIII-XXXI. Véase también É. Laurent, *L'envers de la biopolitique*, *op. cit.*; y Th. Svolos, *Twenty-First Century Psychoanalysis*, Karnac Books, Londres 2017.

Bibliografía

Abraham, K. (1997). «Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido» [1916], en *Opere*, al cuidado de J. Cremerius, Boringhieri, Turín, vol. I.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edit.), American Psychiatric Publishing, Arlington, VA; ed it. APA, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina, Milán, 2014 [trad. cast.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Editorial Médica Panamericana, 2014].

Ansermet, F. (2011). «L'anoressia del lattante. Oralità e costituzione soggettiva: sconforto del lattante e anoressia precoce», *La Psicoanalisi*, Rivista internazionale del Campo Freudiano in Italia, Astrolabio, Roma, jul.-dic., nº 50, págs. 97-113.

Bossola, P.E. (2004). «L'obesità», en *Attualità lacaniana. Rivista della Scuola lacaniana di Psicoanalisi*, nº 2, FrancoAngeli, Milán, págs. 28-30.

Brusset, B. (1977). *L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*, Borla, Roma.

Camporesi, P. (1989). *La terra e la luna. Alimentazione folklore società*, Il Saggiatore, Milán.

— (1995). *Il governo del corpo*, Garzanti, Milán.

Caretto, S. (2016). «Sintomi sensazionali… *o della carne pulsante*», *Attualità lacaniana, Corpi e solitudini*, Rivista della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi, enero de 2015-diciembre de 2016, nº 20, págs. 75-77.

Ciccolini, L. y Cosenza, D. (ed.), (2015). *Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali*, Franco Angeli, Milán.

Cosenza, D. (1997). «Anoressia-bulimia, patologia della commensalità», *La Psicoanalisi*, Rivista internazionale del Campo Freudiano in Italia, nº 22, Astrolabio, Roma, págs. 67-76.

— (1998). «Il cibo e l'inconscio. Anoressia, bulimia e discorso alimentare», en Recalcati M. (al cuidado de), *Il corpo ostaggio. Clinica e teoria dell'anoressiabulimia*, Borla, Roma, págs. 129-179.

— (2006). «Anoressia», en Associazione Mondiale di Psicoanalisi, *Scilicet. Gli oggetti* a *nell'espenadaza psicoanalitica*, Quodlibet, Macerata, págs. 40-43.

— (2008). *Il muro dell'anoressia*, Astrolabio, Roma, 2008.

— (2009). «L'initiation à l'adolescence: entre mythe et structure», *Mental. Revue Internazionale de Psychanalyse*, nº 23, noviembre.

— (2011). «L'anoressia nell'ultimo insegnamento di Lacan», *La Psicoanalisi*, nº 50, jul.-dic., págs. 17-24.

— (2014). *Le refus dans l'anorexie*, Presses Universitaires de Rennes.

— (2014). «Pathologies de l'excès», y «L'excès comme solution dans la clinique», Actes du Pont Freudien, 39ème Rencontre, 3-5 octubre, Montreal, págs. 3-24; 51-68.

Cottet, S. (2006). «Le sexe faible des ados: sexe-machine et mythologie du cœur», *La Cause Freudienne*, nº 64 («Freud et la jeunesse»), págs. 67-75.

Cuzzolaro, M. (2004). *Anoressie e bulimie*, Il Mulino, Bolonia.

Dargent, J. (2005). *Le corps obèse. Obésité, science et culture*, Champ Vallon, Seyssel.

Dazzi, N.; Lingiardi, V.; Gazzillo, F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia*, Cortina, Milán.

De Campos, S. (2016). *Obesidade em jovens. A logica analitica do ganho de peso*, Escola Brasileira de Psicanalise.

Devlin, M.J. (2007). «Is there a place for Obesity in DSM-5?», *International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, Issue 53, págs. 583-588.

Dewambrechies-La Sagna, C. (2006). «L'anoressia vera della ragazza», *Attualità Lacaniana*, 5, FrancoAngeli, Milán, págs. 111-131.

Dewambrechies-La Sagna, C. (2006). «Niente», en Associazione Mondiale di Psicoanalisi, *Scilicet. Gli oggetti* a *nell'espenadaza psicoanalitica*, Quodlibet, Macerata.

Eldar, Sh. (comp.) (2009). *Mujeres, una por una*, Gredos, Madrid.

Francesconi, M. y Scotto di Fasano, D. (2009). *Apágsrendere dal bambino. Riflessioni a partire dall'Infant Observation*, Borla, Roma.

Francesconi, P. (2007). *Una per una. Psicoanalisi e femminilità*, Borla, Roma.

Férnandez Blanco, M. (2011). «Teoria e clinica dell'anoressia infantile», *La Psicoanalisi*, nº 50, págs. 77-96.

Freda, F.H. (1989). «La toxicomanie: un symptôme moderne», *Analytica*, nº 57, págs. 115-120.

— (1992). «Les nouvelles formes du symptôme», *Revue de l'ECF*, mayo, nº 21, pág. 85.

Freda, F.H. y Lecoeur, B. (1997). «Les nouvelles formes du symptôme», *Mental*, nº 4, diciembre, págs. 139-148.

Freud, S. (1989). «Tre saggi sulla teoria sessuale» [1905], en *Opere*, al cuidado de Musatti C.L., Boringhieri, Turín, vol. IV [trad. cast.: *Tres ensayos sobre la teoría sexual*, Alianza Editorial, Madrid, 1995].

Garner, D.M. y Dalle Grave, R. (2002). *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona.

Grinberg, L. (1976). *Identità e cambiamento* [1971], Armando, Roma.

Harris, M. (1990). *Buono da mangiare. Enigmi del gusto e consuetudini alimentari*, Einaudi, Turín [trad. cast.: *Bueno para comer*, Alianza Editorial, Madrid, 2011].

Kestemberg, E.; Kestemberg, J.; Decobert, S. (1998). *La faim et le corps* [1972], PUF, París.

Lacadée, Ph. (2001). «L'adolescence, une délicate transition», *Mental*, nº 9, junio.

— (2004). *L'éveil et l'exil. Enseignements psychanalytiques de la plus délicate des transitions: l'adolescence*, Cécile Defaut, Nantes.

Lacan, J. (2007). *Il Seminario. Libro IV. La relazione oggettuale* [1956-1957], Einaudi, Turín [trad. cast.: *El seminario. Libro IV: La relación de objeto*, Paidós, Barcelona, 1995].

— (2007). *Il Seminario. Libro X. L'angoscia* [1962-1963], ed. it. al cuidado de A. Di Ciaccia, Einaudi, Turín [trad. cast.: *Seminario X. La angustia*, Paidós, Barcelona, 1995].

— (2007). *Il Seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi* [1964], Einaudi, Turín, nueva ed. it. al cuidado de A. Di Ciaccia [trad. cast.: *El seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1987].

— (2001). *Il Seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi* [1969-70], Einaudi, Turín [trad. cast.: *Seminario 17. El reverso del psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1992].

— (2010). *Il Seminario. Libro XVIII. Di un discorso che non sarebbe del sembiante* [1970-1971], Einaudi, Turín [trad. cast.: *Seminario 18. De un discurso que no fuera del semblante*, Paidós, Barcelona, 2010].

— (2011). *Il Seminario. Libro XX. Ancora* [1972-1973], Einaudi, Turín [trad. cast.: *El seminario. Libro XX: Aun*, Paidós, Barcelona].

— (1974). «Les non-fupes errent», lección del 9 abril de 1974, inédito.

— (2013). «Prefazione» a *Risveglio di primavera* [1974], *Altri scritti* (2001), ed. it. al cuidado de Di Ciaccia A., Turín, Einaudi, págs. 553-555.

— (2006). *Il Seminario. Libro XXIII. Il Sinthomo* (1975-1976). Astrolabio, Roma, 2006.

Laurent, D. (2004). «Inhibition, symptome et angoisse, aujourd'hui», *La Cause Freudienne*, nº 58, octubre, págs. 56-60.

Laurent, É. (2016). *L'envers de la biopolitique. Une écriture pour la jouissance*, Navarin, París.

Lévi-Strauss, C. (1974). *L'origine delle buone maniere a tavola*, Il Saggiatore, Milán [trad. cast.: *El origen de las maneras en la mesa*, Siglo XXI, 1981].

Lipovetsky, G. (2006). *Le bonheur paradoxal. Essai sur la societé d'hyperconsommation*, Folio, París.

Lolli, F. (2005). *L'ombra della vita. Psicoanalisi della depressione*, Bruno Mondadori, Milán.

Macola, E. (2011). «Primo accadere», *La Psicoanalisi*, nº 50, págs. 114-130.

Maleval, J.C., «Déprise sociale paradoxale et clinique du désert», en Miller J.-A. (2009). *Situations subjectives de déprise sociale*, Navarin, París, págs. 37-48.

Miller, J.-A. (1984). «Interventions de Lacan à la SPÁGS», *Ornicar?*, nº 31, pág. 10.

Miller, J.-A. y Laurent E. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética* (1996-1997), Paidós, Buenos Aires.

Miller, J.-A. (2000). *I paradigmi del godimento*, Astrolabio, Roma.

— (2004). «Introdution» à *L'angoisse, La Cause Freudienne*, nº 58, octubre, Navarin, París.

— (2006). *Effets therapeutiques rapides en psychanalyse. Conversation de Barcelone*, Seuil, París.

— (2009). *Situations subjectives de déprise sociale*, Navarin, París.

— (2016). «Presentazione del tema del X Congresso dell'AMP, a Rio, nel 2016», en Associazione Mondiale di Psicoanalisi, *Scilicet. Il corpo parlante. Sull'inconscio nel secolo XXI*, Alpes, Roma, págs. XXIII-XXXI.

Molinari, E. y Riva, G. (2004). *Psicologia clinica dell'obesità. Ricerche e interventi*, Boringhieri, Turín.

Montanari, M. (1989). *Convivio. Storia e cultura dei piaceri della tavola*, Laterza, Roma-Bari.

— (1994). *La fame e l'abbondanza. Storia dell'alimentazione in Europa*, Laterza, Roma-Bari.

Offer, D. y Shonert-Reichl, K.A. (1992). «Debunking the Myths of

Adolescence: Findings from Recent Research», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, nº 31, págs. 1003-1013.

Pace, P. (2017). *La parola muta. La sofferenza del soggetto obeso*, Edizioni San Paolo, Milán.

Piccolo, F.; Speranza, A.M.; Cuzzolaro, M. (2009). *Disturbi dell'alimentazione e del peso corporeo da zero a quattordici anni*, Carocci, Bolonia.

PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico (2006). Cortina, Milán, 2008.

Recalcati, M. (1997). *L'ultima cena. Anoressia e bulimia*, Bruno Mondadori, Milán.

— (2002). *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, FrancoAngeli, Milán.

Selvini Palazzoli, M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina, Milán.

Soria, N. (2016). *Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia*, nueva edición, Del Bucle, Buenos Aires.

Svolos, Th. (2017). *XXI Century Psychoanalysis*, Karnak Books, Londres.

Succetti, A. (2011). «Per me pochissimo. Anoressia e sapere in inconscio», *La Psicoanalisi*, nº 50, págs. 25-34.